ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES.

Liste des Journaux reproduits ou consultés pour la rédaction de l'Encyclographie.

JOURNAUX BELGES.

Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.
Annales de la Société de médecine de Gand.
Annales de la Société de médecine d'Anvers.
Annales de la Société de médecine de la province d'Anvers.
Annales de la Société médico-chirurgicale de Verviers.
Annales de la Société de médecine de Verviers.
Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Malines.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Annales de la chirurgie française et étrangère.
Annales médico-psychologiques.
Annales de thérapeutique de Rognetta.
Annales d'hygiène publique et de médecine lég.
Annales de chimie et de physique.
Annales des maladies de la peau.
Archives générales de médecine.
Archives de médecine comparée; par M. Rayer.
Bulletin de thérapeutique.
Bulletin médical de Bordeaux.
Bulletin des Académies.
Clinique de Montpellier.
Clinique de Marseille.
Expérience.
Gazette médicale de Paris.
Gazette des hôpitaux.
Gazette médicale de Montpellier.
Gazette médicale de Strasbourg.
Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse.
Journal des connaissances médicales.
Journal des connaissances médico-chirurgicales.
Journal de médecine de Lyon.
Journal de médecine de Nantes.
Journal de médecine de M. Trousseau.
Journal de chirurgie de M. Malgaigne.
Journal de pharmacie.
Journal de chimie médicale.
Journal de la Société de médecine de Montpellier.
Revue médicale.
Revue magnétique.

53350.

ENCYCLOGRAPHIE

DES SCIENCES MÉDICALES.

6e Série, t. xi. — NOVEMBRE 1845. — Encyclogr., t. 159.

1re PARTIE.

ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE

ET REVUE DES JOURNAUX BELGES.

2me PARTIE.

BULLETIN

DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

3me PARTIE.

REPRODUCTION

ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

SOMMAIRE DES ARTICLES CONTENUS DANS CE VOLUME.

Archives de la médec. belge, p. 145-204.

Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique, p. 849—906.

I. Physiq., Chimie et Botan. médic.
II. Hygiène, Diététiq., Pharmacol. et Toxic. 1.
III. Anatomie et Physiol. 2, 3.
IV. Pathologie, Thérapeut. et Clinique méd. 4, 5.
V. Accouchem., Maladies des femmes et des enf. 6—8.
VI. Chirurgie, Orthop. et Ophthalm. 9—15.
VII. Phrén., Mal. mentales. 16.
VIII. Mal. des voies gén.-ur.
IX. Mal. syphilitiques. 17.
X. Médecine légale et Police méd.
XI. Médecine vétérinaire.
XII. Généralités.
Clinique des hôpitaux et des maisons d'aliénés.
Sociétés savantes, pag. 193—204.
Revue analytique des journaux étrangers.
Notices bibliographiques.
Monographies.
Mélanges. 18, 19.

BRUXELLES,

IMPRIMERIE ET LIBRAIRIE ENCYCLOGRAPHIQUES DES SCIENCES MÉDICALES DE N.-J. GREGOIR, ÉDITEUR, FOSSÉ-AUX-LOUPS, 66.

1845.

Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/s1id13298710

ARCHIVES

DE LA

MÉDECINE BELGE.

(NOVEMBRE 1845.)

HISTOIRE DE LA SYPHILIS DANS L'ANTIQUITÉ;

Par le docteur ROSENBAUM.

(Traduit de l'allemand, par J. Santlus, ex-médecin militaire.)

—

INTRODUCTION.

§ I. — *Idée et éléments de l'histoire d'une maladie en général.*

Avant d'entreprendre l'histoire d'une maladie en particulier, il est indispensable de se bien pénétrer de ce que doit être l'histoire d'une maladie en général : ce n'est que de cette manière que l'historien pourra atteindre le but qu'il se propose.

Si on examine ce que l'on appelle ordinairement *histoire d'une maladie*, on trouve qu'elle est tantôt une compilation chronologique plus ou moins complète de ce que nos prédécesseurs en ont dit; tantôt l'exposé de ce qu'ils ont observé chez tel ou tel individu qui en était atteint. Dans le premier cas, l'historique se réduit à l'énumération des opinions de quelques médecins, ou, ce qui revient au même, à l'exposé littéraire de la maladie, qui doit précéder sa véritable histoire. Dans le second cas, c'est, non pas l'histoire d'une maladie, mais bien celle d'un cas pathologique. Une histoire générale de toutes les maladies ne nous donnera d'idées exactes sur aucune d'elles, aussi longtemps qu'on ne fera que relater les symptômes qui en constatent l'existence. Ce n'est là qu'un ensemble de cas, comme le demande la pathologie spéciale, mais non l'histoire d'une maladie.

Autant l'histoire d'un homme ou d'un peuple serait incomplète

si on l'envisageait seulement dans son individualité, ou bien si, abstraction faite de lui-même, on ne le considérait dans ses rapports avec les circonstances extérieures, autant l'histoire d'une maladie serait défectueuse si on n'envisageait que sa marche, en négligeant les circonstances qui la produisent ou la modifient. L'histoire d'une maladie ne sera complète que pour autant qu'elle embrassera sa genèse, les symptômes et les conditions générales et individuelles qui peuvent l'influencer ou la produire; ou, en d'autres termes, l'histoire d'une maladie doit être *l'exposé génésique de sa naissance et de son développement.*

On ne pourra faire qu'une histoire spéciale, lorsqu'on n'aura en vue que le temps, les rapports et le nombre d'individus; de même qu'on ne pourra donner l'histoire générale et complète d'une maladie, aussi longtemps que les conditions qui l'ont produite n'auront pas cessé.

Si on divise l'histoire d'une maladie suivant les diverses périodes de celle-ci, on peut s'assurer de son essence spéciale, connaître parfaitement les épiphénomènes divers dont elle se compose. Puisque l'histoire a pour but de narrer des faits qui se sont passés, il est naturel de rechercher l'époque de leur apparition. Tout événement ayant besoin de circonstances génératrices ou de causes dont l'effet soit déterminé par des relations (rapports) extérieures, l'historien doit surtout s'attacher à saisir l'instant où ces effets se sont manifestés, et il doit expliquer de quelle manière ces causes ont agi. Quelquefois on reconnaît l'existence de circonstances favorisant la production d'une maladie, et on ne voit cependant pas, ou du moins on ne voit qu'incomplètement comment cette affection a pris naissance. Dans ce cas, il est nécessaire de bien faire la part des influences qui ont modifié l'action des éléments générateurs. Lorsque tout cela aura été suffisamment détaillé, il sera seulement possible de constater le développement, la marche et les diverses périodes du mal. Or, ces changements peuvent dépendre de la maladie elle-même ou de circonstances extérieures. De même que, chez un individu, les symptômes d'une maladie ne se montrent pas tous à la fois, mais par ordre (séries), de même, dans l'historique de la marche d'une maladie, on reconnaîtra une série analogue de symptômes plus ou moins marqués et sans dépendance directe avec des circonstances extérieures. En outre, une maladie peut se compliquer d'une autre affection dont on doit indiquer les rapports. Il faut faire voir si cette dernière se comporte activement ou passivement à l'égard de la première, s'il y a combinaison entre elles, si la maladie intercurrente détruit la maladie primitive, ou si elle est

elle-même par elle, anéantie, ou bien si toutes les deux se neutralisent.

On doit également savoir apprécier l'influence qu'exerce la médication, et aussi savoir discerner les rapports dans lesquels le médecin se trouve avec la maladie. Lorsque l'on aura exposé tous ces points d'une manière satisfaisante; lorsqu'il y aura entre eux une liaison pour ainsi dire organique, on aura une véritable *histoire de maladie*, qui deviendra celle de l'humanité. Ce sera alors le moment le plus opportun pour saisir la nature de la maladie; elle fournira au théoricien des sujets de réflexion sur les maladies en général et sur les divers systèmes en particulier, et au praticien les conditions d'une thérapeutique rationnelle. Cette histoire n'aura pas seulement de l'intérêt pour tous les deux, mais aussi elle leur sera nécessaire. Cet heureux résultat ne pourra toutefois être obtenu que lorsque l'historien se sera rappelé un à un les principes de la physiologie et de la pathologie; car ce n'est qu'avec leur aide qu'il devient possible de reconnaître et de constater partout la nécessité du rapport de la cause et de l'effet, et de distinguer l'essentiel de l'accidentel.

§ II.— *Possibilité de l'histoire d'une maladie en général, et de la syphilis en particulier.*

Après avoir exposé l'idée et l'essence de l'histoire d'une maladie, une autre question se présente : on peut se demander s'il est possible de donner ainsi l'histoire de toutes les maladies. *A priori*, on peut répondre affirmativement, avec assez de certitude, quant à la plupart des maladies réelles; du moins la théorie n'aurait rien à objecter. Cependant nous ne devons pas repousser la voix de l'expérience dans cette question. Malheureusement celle-ci ne nous dit pas grand'chose; car jusqu'à présent à peine a-t-on commencé l'histoire d'une maladie de la manière que nous venons d'indiquer, et encore a-t-on choisi des affections dans lesquelles les diverses époques historiques se présentent d'elles-mêmes, comme dans les épidémies. Quant aux autres, presque rien n'a encore été fait, à l'exception de la lèpre et de la syphilis, pour lesquelles on a invoqué la nature épidémique, et je ne sais pas trop pourquoi. Cette maladie ne prêtant point à la spéculation, on s'est vu forcé de recourir à l'histoire. Cependant un coup d'œil superficiel sur ce que l'on a écrit sur la syphilis et la lèpre montre que jusqu'à présent on n'a encore qu'une collection de matériaux insuffisants pour une histoire véritable, malgré le temps qu'y ont consacré et les peines que se sont données quelques hommes distingués. De là cette

croyance reçue par quelques-uns, que l'histoire de la syphilis était impossible.

Cependant, en regardant la chose de plus près, on verra bientôt qu'un grand nombre de ces savants n'ont porté leur attention que sur quelques points, savoir, sur l'époque à laquelle cette maladie a pris naissance, et qu'ils n'ont considéré les autres circonstances que selon qu'elles étaient favorables à l'une ou à l'autre de leurs opinions. Or, ces circonstances ont si peu de liaison entre elles qu'on n'a pu obtenir un résultat général. Le peu d'hommes qui ont réellement cherché à atteindre ce but n'ont pu y arriver, à cause de la difficulté de se procurer les matériaux nécessaires et du retard continuel qu'ils ont mis à l'élaboration de ceux qu'ils avaient réunis.. C'est ce qui est arrivé à Hensler, qui mourut lorsqu'il était occupé au second volume de son *Histoire de la Syphilis*, qui est ainsi restée incomplète; ce qui est fort à regretter.

Nous devons ici attendre tout de l'avenir, puisque le passé, si riche ordinairement en expérience, ne nous offre que fort peu dechoses. Tout ce qui existe est aussi propre à nous démontrer l'impossibilité d'une histoire de la syphilis comme nous l'entendons, qu'il est capable de nous convaincre de la possibilité de l'établir. Il s'agit donc tout d'abord d'essayer de réunir les matériaux existants et dont on peut faire emploi, de les coordonner d'après le plan que nous avons indiqué plus haut. Une collection relativement complète suffit déjà, car si l'on réussit à poser les bases d'une histoire de la syphilis, on peut abandonner aux recherches ultérieures d'autres investigateurs le soin de parfaire les traits inachevés du tableau. Il n'y aura plus alors qu'à déposer dans la place qui leur sera réservée les fruits des nouvelles recherches.

Puisque, avant d'écrire une histoire, il faut d'abord en connaître la source, nous commencerons par là : nous indiquerons les ouvrages dans lesquels nous avons puisé; nous dirons jusqu'à quel point ces sources nous ont été accessibles, afin que le lecteur puisse juger, dès le commencement, du mérite du livre que nous lui offrons, et pour que celui qui travaillera après nous reconnaisse aisément les lacunes que nous avons laissé à combler. Nous y ajoutons encore un exposé de nos recherches personnelles sur l'âge et l'apparition de la maladie. Il deviendra ainsi possible de comprendre le plan que nous nous proposons de suivre dans cet ouvrage.

§ III. — *Collection des sources.*

1. Nicolai Leoniceni, vicentini, et Joannis Almenar, hispani, *Libri de Morbo gallico;* Angeli Bolognini, bononiensis, *de Curâ ulcerum exteriorum et unguentis communibus in solutione continua,* lib. II; Alexandri Benedicti, veronensis, *Liber de pestilenti febre;* Dominici Massariæ, vicentini, *De ponderibus et mensuris medicinalibus*, lib. III; Papiæ, ex offic. Bernhardi de Geraldis, MDXVI; in-fol. (1).

2. Nicolai Massæ, veneti, artium et medicinæ doctoris, *Liber de Morbo gallico, mira ingenii dexteritate conscriptus.*

Johannis Almenar, valentini hispani, philosophi ac medici, *Liber perutilis de Morbo gallico*, VII, *capitulis quidquid desideratur complectens.*

Nicolai Leoniceni, vicentini, fidissimi Galeni interpretis, *Compendiosa ejusdem morbi cura.*

Angeli Bolognini, medici eximii, *Libellus de Curâ ulcerum exteriorum, et de unguentis in solutâ continuitate à modernis maxime usitatis, in quibus multa ad curam Morbi gallici pertinentia inserta sunt.* — Sans lieu d'impression. — MDXXXII; in-8° (1).

3. *Liber de Morbo gallico, in quo diversi celeberrimi in tali materiâ scribentes medicinæ continentur auctores, videlicet :* Nicolaus Leonicenus, vicentinus; Ulrichus de Hutten, germanus; Petrus Andreas Matheolo, sinensis; Laurentius Phrisius; Joannes Almenar, hispanus; Angelus Bologninus, venetus; per Joannem Patavinum et Venturinum de Ruffinellis. — Anno Domini MDXXXV; in-8°.

Dans l'exemplaire qu'Astruc (II, p. 659) a vu dans la *Bibliotheca sloaniana*, se trouvait encore sur le même papier, avec les mêmes types, quoique le titre n'en dît rien : Nicolai Poll, medicinæ professoris et sacræ cæsareæ Majestatis physici, *Libellus de curâ Morbi gallici per lignum guajacum.* — Gruner (*Aphrod.*, p. 5), qui possédait la même édition, n'en parle pas; mais il dit que l'ouvrage est imprimé sans pagination et que chaque livre avait un titre à part (*nova cuique libro inscriptione præfixa*): il pouvait donc facilement y manquer un morceau. Trew et Hensler possédaient également cet ouvrage. (*V.* Girtanner, II, p. 73.)

4. *Morbi gallici curandi ratio exquisitissima à variis iisdemque*

(1) Cet ouvrage est très-rare, et il ne paraît pas qu'Astruc (II, p. 623) l'ait vu. (*V.* Girtanner, II, p. 41; Gruner, *Aphrodis.*, p. 4.)

(2) Cet ouvrage s'est trouvé dans la *Bibliotheca sloaniana et trewiana.* Astruc, II, p. 632, pense que ce livre a été imprimé à Venise; ce que Haller (*Biblioth. med. pract.*, I, p. 535) donne à tort comme certain. (*V.* Girtanner, II, p. 70; Gruner *Aphhrod.*, p. 5.)

peritissimis medicis conscripta, nempe : Petro Andrea Matheolo, sinensi; Joanne Almenar, hispano; Nicolao Massa, veneto, Nicola Poll, cæsareæ Majestatis physico; Benedicto de Victoriis, faventino. His accessit Angeli Bolognini, *De Ulcerum exteriorum medela opusculum perquam utile.* Ejusdem *De unguentis ad cujusvis generis maligna ulcera conficiendis lucubratio. Cum indice rerum omnium quæ in curationem cadere possunt copiosissimo.*—Basiliæ, apud Joan. Bebelium, MDXXXVI, 299 pages; in-4°.

Cette édition a été publiée par Joseph Tutander, à Cracovie, comme le dit la dédicace à Adam Bresinius. (Basil., ibid., martii 1536.) L'opuscule de Benedictus de Victoriis qui s'y trouve n'est autre chose qu'un cahier de classe (cours) que Tutander a copié, et qu'il a fait imprimer à l'insu de Benedictus de Victoriis. (*V.* Astruc, II, p. 660; Girtanner, II, p. 74; Gruner, *Aphrod.*, p. 5.)

Une contrefaçon de cette édition a paru à Lyon : Lugduni, 1536, expensis Scipionis de Gabiano et fractum, mense augusto; 280 et 16 pages, in-8°. (*V.* Astruc, II, p. 660, et Choulant, *H. Frascatori Syphilis*, Lipsiæ, 1830, p. 8.)

5. *De Morbo gallico omnia quæ exstant apud omnes medicos cujuscunque nationis, qui vel integris libris, vel quoque alio modo hujus affectûs curationem methodice aut empirice tradiderunt, diligenter hinc conquisita, sparsim inventa, erroribus expurgata et in unum tandem hoc corpus redacta (ab Aloysio Luisino, utinensi); in quo de ligno indico, salsa parilla, radice Chinæ, argento vivo, ceterisque rebus omnibus ad hujus Luis profligationem inventis, diffusissima tractatio habetur. Cum indice locupletissimo rerum omnium scitu dignarum, quæ in hoc volumine continentur. Opus hac nostra ætate, qua Morbi gallici vis passim vagatur, apprime necessarium. Catalogum scriptorum sexta pagina comperies.* (Sebast. Aquilanus, Nic. Leonicenus, Nic. Massa, Natal. Montesaurus, Ant. Scanarolus, Jac. Cataneus, Joan. Benedictus, Hier. Frascatorius, Georg. Vella, Joan. Paschalis, Nic. Poll, Pet. And. Matheolus, Ulr. ab Hutten, Wendelinus Hoch de Brackenau, Coradinus Gilinus, Laur. Phrisius, Gonsalvus Fernandez de Oviedo, Joan. Almenar, Aloysius Lobera, Leonh. Schmaus, Pet. Maynardus, Ant. Benivenius, Alph. Ferrius, Joan. de Vigo, Ant. Gallus, Casp. Torella, Joan. Bapt. Montanus, And. Vesalius, Leonh. Fachsius, Joan. Manardus, Joan. Fernelius, Bened. de Victoriis, Amatus Lusitanus, Ant. Brassavolus, Alex. Fontana, Nic. Mauhellus, Hier. Cardanus, Gab. Fallopius, Ant. Fracantianus, Joan. Langius, Pet. Bayr.—Tomus prior, Venetiis, apud Jord. Zilettum, 1566-8; 736 et 28 pages in-fol.

De Morbo gallico tomus posterior, in quo medicorum omnium celebrium universa monumenta, ad hujus morbi cognitionem et curationem attinentia, quæ nunc primum conjecta sunt. Cum indice locupletissimo rerum omnium scitu dignarum quæ in hoc volumine continentur. Catalogum scriptorum quarta pagina comperies. (Barth. Montagnana, Mart. Brocardus, Bened. Rinius, Franc. Frizimelica, Pet. Trapolinus, Berard Tomitanus, J. Sylvius, Mich. Jos. Paschalius, Prosp. Borgarutius, Barth. Maggius, Alex. Traj. Petronius.) — Venetiis, MDLXVII, ex officinâ Jord. Ziletti, 24 et 216 p. in-fol.

Appendix tomi prioris de Morbo gallico, in quo, qui eidem jam antea destinati fuerant, reliqui congesti sunt auctores. Cum indice rerum memorabilium in eo contentarum abunde amplo et copioso. Catalogum scriptorum quarta pagina comperies. (Ant. Chalmeteus, Leonh. Botallus, Dom. Leonus, Augerius Ferrerius, Pet. Haschardus, Guil. Rondeletius, Dion. Fontanonus, Jos. Arathius.) — Venetiis, MCLXVII, ex officinâ Jord. Ziletti, 496 et 6 p. in-fol.

Astruc (II, p. 780) blâme avec raison le groupement irrégulier des ouvrages, l'omission des préfaces, des dédicaces, et souvent de phrases entières du corps de ces ouvrages. Cette édition reçut plus tard un nouveau titre, ce qu'on voit, selon Astruc, II, p. 846, parce que non-seulement les nombres de pages, de lignes et de mots sont les mêmes que dans l'édition citée plus haut, mais aussi parce que le nom de l'imprimeur Ziletti se trouve avec le millésime 1556 à la fin de la première partie. Le nouveau titre est :

Aphrodisiacus, sive de Lue venerea, in duo volumina bipartitus, continens omnia quæcunque hactenus de hac re sunt ab omnibus medicis conscripta; ubi de ligno indico, salsa parilla, radice Chinæ, mercurio, ceterisque omnibus ad hujus luis profligationem inventis diffusissima tractatio habetur ab excellente Aloysio Luisino, utinensi, medico celeberrimo, novissime collectus. Venet., ap Baretium et socios; 1599, in-fol.

6. *Aphrodisiacus, sive de Lue venerea, in duos tomos bipartitus, continens omnia quæcunque hactenus de hac re ab omnibus medicis conscripta; ubi de ligno indico, salsa parilla, radice Chinæ, argento vivo, ceterisque rebus omnibus ad hujus luis profligationem inventis, diffusissima tractatio habetur. Opus hac nostra ætatate, qua morbi gallici vis passim vagatur, apprime necessarium; ab excellentissimo Aloysio Luisino, utinensi, medico celeberrimo novissime collectum, indice rerum omnium scitu dignarum adornatum.* Editio longe emendatior et ab innumeris mendis expurgata. Tomus primus et secundus. Lugd. Batav., apud Joan. Arnold. Langerak et Joh. et Herm. Verbeck, MDCCXXVIII, 1566 pages à deux colonnes.

sans compter 11 pages de préface et 10 ½ feuilles index; in-fol.

Ce n'est, comme le dit Astruc, II, p. 1071, avec raison, qu'une réimpression de l'édition de Venise, sans changement, sinon que l'*appendix* appartenant au premier volume y est effectivement placé. (*V.* Choulant, *loc. cit.*, p. 9.) La préface ajoutée par Boerhave contient les idées de ce dernier sur la *lues;* elle a été plusieurs fois imprimée à part.

7. Daniel Tourner : *Aphrodisiacus, containing a summary of the ancient writers* (écrivains) *on 'the venereal disease* (maladie), *under the fallowing-heads :* I, *of its original;* II, *of the symptoms;* III, *of the various methods of cure.* — London, printed for John Clarke, MDCCXXXVI; in-8°.

C'est un extrait de l'*Aphrodisiacus* de Luisinus. (*V.* Astruc, II, p. 1110.)

8. John Armstrong : *A synopsis of the history and cure of the venereal disease.* — London, 1757, in-8°.

Un autre extrait de l'ouvrage de Luisinus. (*V.* Girtanner, III, p. 430.)

9. *Aphrodiacus, sive de Lue venerea, in duas partes divisus, quarum altera continet ejus vestigia in veterum auctorum monumentis obvia, altera quos Aloysius Luisinus temere omisit scriptores et medicos, et historicos, ordine chronologico digestos, collegit, notulis instruxit, glossarium indicemque rerum memorabilium subjecit D. Christianus Gothofridus Gruner*, etc. — Ienæ, apud Christ. Henr. Cunonis heredes, MDCCLXXXVIII; XIV, 166 et 16 pages, in-fol.

Sur un second titre qui est ajouté, on trouve : *tomus tertius.* Gruner admet dans sa préface l'origine *de Marani*, qu'il défend et développe encore dans l'ouvrage suivant : il donne une collection de sources. Dans la première division, il cite tous les passages de la Bible, des écrits grecs, romains, arabes et arabistes, que l'on avait recueillis à cette époque. La seconde division contient les passages et les écrits mal ou incomplètement indiqués dans Luisinus, ou ceux qui y manquent, dont les auteurs sont : Joan. Nauclerus, Steph. Infessura, Pet. Delphinius, Joan. Burchardus, Ph. Beroaldus, Alex. Benedictus, Conr. Schelling, Jac. Wimphelingius, *Chronicon Monasterii mellicensis;* Joan. Saluitus, Marcellus Cumanus, *Chronica de Cologne;* Joan. Trithemius, *Universitas Manuasca;* Sebast. Brant, Joh. Grünbeck, *Decretum Senatus parisiensis*, *Proclamatio anglica;* Joan. Sciphover de Meppis, Barth. Steber, Sim. Pistoris, Ant. Benivenius, Pet. Pinctor, Joan. Bapt. Fulgosus, Christoph. Columbus, Pet. Martyr, Franc. Rom. Pane, Elias Capreolus, M. Ant. Coccius Sabellicus, Albericus Vespucius, Wendelinus Hock de Brackenau, Pet. Crinitus Lintu-

rius, Clementius Clementinus, Joan. Vochs, Angel. Bologninus, Franc. Guinardinus, Berlerus, Leo Africanus, Pet. Bembus, Paul. Jovius, Joan. de Vigo, Symph. Champegius, Franc. Lopez de Gomara, Ulr. ab Hutten, Desid. Erasmus, Missa de Ben. Job., Joannes le Maire, Gonsalvus Ferdinandus de Oviedo, Joan. de Bourdigne, Joan. Lud. Vives, Aureol. Theoph. Paracelsus, Magnus Hundt, Leonh. Fuchs, Sebast. Frank, Sebast. Montuus, Joan. Bapt. Theodosius, Hier. Benzonus, Pet. de Cieça de Leon, Joan. Fernelius, Michael Angel. Blondus, Augustin. de Zaratte, Joan. Stumpf, Rodericus Diacius Insulanus, Hier. Mantuus.

10. *De Morbo gallico scriptores medici et historici, partim inediti, partim rari, et notationibus aucti. Accedunt morbi gallici origines maranicæ.* Collegit, edidit, glossario et indice auxit D. Christ. Gothof. Gruner. — Ienæ, sumptibus bibliophilii academici, 1793. — XVIII, XXXVI, 624 p.; in-8°.

Cet ouvrage forme le 2e supplément de la collection de Luisinus, et il contient les ouvrages et les passages des auteurs suivants : anciens : *Lois de Nuremberg*; Mathæus Landauer, Jul. Tanus *(de Sapathi)*; Ant. Codrus, *Anonymi prognosticatio;* Jacob. Unrestus, Bilibaldus Birckheimer, Augustin. Niphus, Hier. Emser, Ph. Beroaldus, Leonh. Giachinus, Janus Cornarius, Th. Rangonus, Joan. Ant. Roverillus *(de Patursa)*; Remaclus Fuchs, Aloysius Mundella, Ant. Fumanellus, Hier. Cardanus, Hier. Bonacossus, Bern. Corius, Joan. Langius, Joach. Hessus, Th. Erastus, Ach. Pirm. Gasserus, Joan. Crata, Thomas Jordanas *(Luis novæ Moravia exortæ descriptio).* — Voy. *N. biblioth. allem.*, vol. IX, p. 183.

11. D. Christ. Goth. Gruner : *Specilegium scriptorum de Morbo gallico.* — *Spec.* I-XV. Ienæ, 1799-1802; in-4°.

Ce troisième supplément de Luisinus n'a pas paru dans la librairie; les *Specilegia* ont été distribués à Iéna comme programmes pour annoncer des promotions au grade de docteur en médecine. Les *Specil.* I-VI contiennent des recherches sur l'histoire et la nature de la maladie; les *Specil.* VII-XI des passages des poésies et des lettres de Conrad Celtès, tirés d'une lettre d'Albert Durr, *de Symphoriani Champerii vocabularii medic. epitoma;* le *Specil.* XII des poésies de Henr. Bebelius, de Hel. Hessus, et un passage d'un écrit de Pet. Parvus; les *Specil.* XIII-XIV des passages d'Erasmus, de Jac. à Bethemourt, de Joan. Lud. Veics, de Enric. Cordus, de Georg. Bersmannus, de Engelb. Werleihius, et une traduction latine d'un fragment d'un livre écrit en langue copte que la Société des missionnaires avait envoyé au cardinal Borgia; Domeier le communiqua à Baldinger, qui l'a mis à la disposition de Gruner. Dans le *Specil.* XV, Gruner fait quel-

ques objections contre l'opinion que Hensler a émise dans son programme *de Herpete, seu Formica veterum.* Cette collection appartient ainsi en partie au paragraphe suivant; mais elle semble être peu connue, puisqu'elle a même échappé à Choulant dans son aperçu complet, sous tout autre rapport, des *Scripta historica de Morbo gallico*, dans l'édition du poëme de Frascatori, p. 5-9: — Hacker en fait bien mention page 20; mais il ne paraît pas l'avoir vue lui-même, puisqu'il n'en donne pas d'explication.

§. IV. — *Historiens.*

1. Patin. Carol. Eques. D. Marci. paris. primar. profess. : *Luem veneream non esse morbum novum*; oratio habita in Archilyceo patavino die V novembr. 1687. Patavii, 1687, in-4°.

Astruc (II, p. 991) n'a connu ce discours que d'après une citation de Zach. Platner, qui ne l'a pas vu lui-même : Astruc crut qu'il n'avait probablement jamais paru, puisque Nic. Comnenus Papadopoli, dans son *Historia Gymnassii patavini*, tom. I, sect. 2, cap. 25, n° 159, n'en fait pas mention, quoiqu'il parle longuement de Patin et de ses ouvrages. Girtanner, II, p. 279, qui cite cependant complètement le titre ci-dessus, doit donc avoir vu l'ouvrage, bien qu'il ne rapporte que ces mots : « Il répète les raisons depuis longtemps connues pour prouver l'âge de la *lues.* » Du reste, il paraît que Patin a tiré la plus grande partie des *Lettres choisies*, tom. III, lettre 570, page 95, de son père Guy Patin, où celui-ci défend l'âge de la *lues.*

2. *Quæstio medica quod libetariis disputationibus manè discutienda die Jovis 9 decemb.* 1717, M. Johanne Baptista Alliot de Mussay, doctore medico præsides. — *An morbus antiquus Syphilis?* Proponat Joannes Franciscus Léaulté, parisiensis, anno R. S. H. 1717. Typis Johann. Guillau, Facultatis medicinæ typographi; 8 feuilles in-4°.

Selon Astruc, II, p. 1054, cette dissertation ne contient que huit corollaires, dont le cinquième seul cherche à prouver l'ancienneté de la *lues* par des passages tirés d'Horace, lib. I, od. 37; *Satir.*, lib, I, *Satir.* 5, v. 62 (*morbus campanus*); Juvénal, *Satir.* II; *Martialis Epigr.*, lib. I, 66; Tacitus, *Annal.*, lib. IV; Suetonius, *vita Octavii Augusti*, c. 80; *Luciani Pseudologista*; Valerius Maxim., *Memorabilia*, lib. II, c. 5; Lucius Apulyus, *Metamorphos.*, lib. X.— Girtanner, vol. II, p. 557-563, répète presque mot à mot la réfutation qu'on trouve dans Astruc; mais, suivant son habitude, il la donne comme venant de lui.

3. Becket William, *An attempt (essai) to prove the antiquity of*

the venereal disease long before the discovery of the westindies. In *Philosophical Transactions*, vol. XXX, 1718, n° 357, pag. 839. *A letter to Dr W. Wagstaffe concerning the antiquity of the venereal disease.* Ibidem, vol. XXXI, 1720, n° 365, p. 47. *A letter to Dr Halley, in answer (réponse) to some (toutes) objections made (faites) to the history of the venereal disease.* Ibid., n° 366, p. 108.

Ces dissertations se trouvent en allemand dans : *Auserlesene Abhandlungen practischen und chirurgischen Inhalts*, tirés des *Philosophical Transactions de Londres*, de 1695-1757, par Leske. Lubeck, 1775; gr. in-8°, vol. II, pag. 290 et suivantes.

J. Foot les communique aussi dans *Abhandlungen über die Lustreuche und Urinoerhaltungen (rétentions d'urine)*, traduit de l'anglais par G. Chr. Reisch; Leipzig, 1793, gr. in-8°; vol. I, p. 11-57. Il y est ajouté la critique d'Astruc, p. 57-81. En Angleterre, Nic. Robinson cherche à affaiblir les raisons qu'a données Becket pour prouver l'ancienneté de la *lues*. Voir Robinson, *A nuo treatise (traité) of the venereal disease, in three (3) parts.* London, 1736; in-8°. Part. I, cap. 1-4.—Selon Astruc, vol. II, p. 1058, déjà Hans Sloane, dans son « *Voyage to the islands Madera, Barbados, Nieves, St-Christophers and Jamaica, with the natural history;* Lond., 1707, in-fol., tom. I, aurait indiqué dans l'introduction, p. 2-3, les passages les plus importants cités par Becket.

4. Sanchez (Antonio Nunhez Ribeiro). *Dissertation sur l'origine de la maladie vénérienne, pour prouver que le mal n'est pas venu d'Amérique, mais qu'il a commencé en Europe par une épidémie.* A Paris, chez Durand et Pissot. MDCCLII.; 110 pages in-8°. Réimprimée en 1765, in-12.

La première impression de cet ouvrage, sans nom d'auteur, paraît déjà avoir été terminée en 1750, car non-seulement le privilége (août et octobre) de cette année y est imprimé, mais Sanchez lui-même rapporte aussi, dans la préface de la seconde édition, que la première a paru à Paris, chez Durand, en 1750. Il y est dit : « M. Castro, médecin de Londres, ayant traduit en anglais une dissertation avec ce titre : *Sur l'origine de la maladie vénérienne*, imprimée à Paris, chez Durand, 1750, envoya un exemplaire de la traduction à M. le baron Van Swieten. Le titre de cette traduction anglaise est : *A dissertation on the origin of venereal disease, proving that it was not brought* (apporté) *from America but began* (commençait) *in Europa by an epidemical distemper from the original manuscript of on aminent physician.* London, 1751; in-8°. D'après cela, cette traduction doit avoir paru presque en même temps que l'original. Une traduction allemande a été publiée sous le titre :

Abhandlung von dem Ursprung der Venusseuche (je mets le reste en français), *où l'on prouve que ce mal n'est pas originaire de l'Amérique, mais qu'il a commencé en Europe par une épidémie.* Une traduction du français par George Heinrich Weber : *Der Arzneywissenschaft W. und Wak, Dr.* Bremem, 1775 ; 94 pages in-8°. Un extrait de l'original se trouve dans : *Commentaria de rebus in scientia naturali et medicina gestis*; secund. decad., supplement. Leps., 1772, gr. in-8°, page 156-159. *Allgemeine deutsche Bibliothek.*, vol. XXVIII, p. 461. Tode, *Medicinisch-chirurgische Bibliothek.*, vol. IV, cah. I, p. 49.

Haller, *Tagebuch*, vol. III, p. 331. L'ouvrage même est divisé en sept section.

Section Ire. — Preuves que la *lues* était connue et répandue dans la plus grande partie de l'Europe depuis 1493, ou, au plus tard, au mois de juin 1495. P. 1-10.

Section II. — Quand Cristophe Colomb a-t-il découvert l'*Ile Hispaniola*, et quand est-il revenu en Espagne de son premier et de son second voyage? P. 11-20.

Section III. — « La *lues* est-elle venue de l'Amérique avec le retour du deuxième voyage de Ch. Colomb? P. 21-39.

Section IV. — « Les troupes de Fernandez Cordova ont-elles communiqué la *lues* aux Français? P. 40-47.

Section V. — Réponse à quelques objections que l'on pourrait faire pour prouver que la *lues* a pris naissance en Amérique. P. 47-79.

Section VI. — Causes qui ont fait croire aux écrivains, depuis 1517, que la *lues* est venue de l'Amérique. P. 79-87.

Section VII. — La *sues* est une maladie épidémique qui prit naissance en Italie et qui s'est répandue en France et sur le reste de l'Europe presque en même temps. P. 88-108.

Résultats. La maladie existait en Italie et en France avant que Colomb fût revenu de son second voyage. Les troupes de Cordova n'ont pas pu la communiquer aux Français, puisqu'elles n'ont jamais été en contact avec ces derniers. La maladie présentait tous les symptômes d'une épidémie. La découverte du *guajac* donna naissance à l'idée que la maladie était d'origine américaine. Van Swieten, in *Comment. in Boerhavii Aphorismos*, Lugd., 1772, t. V, p. 373 *et seq.*, chercha à affaiblir les raisons présentées dans ce livre, dont il avait la traduction anglaise de Castro. Cette tentative engagea M. Sanchez à publier l'opuscule anonyme suivant :

5. *Examen historique sur l'apparition de la maladie vénérienne en Europe et sur la nature de cette épidémie.* Lisbonne, MDCCLXXIV ; VIII et 83 pages in-8°.

H. Dav. Gaubius a fait réimprimer cet ouvrage avec le précédent, avec une préface; Leyde, 1777, in-8°: Jos. Skinner en a publié une traduction anglaise; Londres, 1792.

Cet ouvrage est divisé en paragraphes.

§ 1er. — Extraits de Pet. Pintor, Sebast. Aquitanus, Pet. Delphinus, Pet. Martyr. — P. 1-24.

§ 2. — Les symptômes de la maladie dite vénérienne, tels qu'on les a observés aux mois de mars 1493 et 1494 en Italie. — P. 24-31.

§ 3. — Dans l'histoire de la médecine, il n'y a pas une description d'une maladie épidémique qui, dans toutes ses conséquences, ressemble à celle qui s'est montrée en Italie, en Espagne et en France dans les années 1493 et 1494. — P. 31-42.

§ 4. — Les accidents vénériens que l'on a observés depuis Hippocrate n'étaient pas la conséquence de la maladie vénérienne inflammatoire ou chronique, comme on l'a remarqué depuis les années 1493 et 1494. — P. 42-45.

§ 5. — De quelques passages du livre d'Astuc, *De Lue venereâ.* — P. 46-54.

§ 6. — Conclusions tirées des passages de Pet. Pintor et de Pet. Delphinus sur l'épidémie vénérienne en Italie, en Espagne et en France dans les années 1493 et 1494. — P. 54-61.

§ 7. — Les premiers navigateurs qui ont découvert les ports et les nations de l'Amérique septentrionale et méridionale ont-ils vu la maladie vénérienne, et leurs équipages en ont-ils été atteints? — P. 62-72.

§ 8. — De la propagation des maladies contagieuses par mer, et des quarantaines que l'on a observées pendant la peste sur les côtes de la mer Méditerranée. — P. 73-81.

Résultats. La maladie vénérienne régnait comme *febris pestilentialis* en mars 1493, après l'arrivée de Charles VIII en Italie. En 1494, elle reçut le nom de *morbus gallicus.* Les affections syphilitiques observées dans l'antiquité sont différentes de la maladie vénérienne de 1493 : les Espagnols l'ont importée aux Antilles; les Français en étaient déjà atteints lors de leur venue en Italie, où elle régnait bien avant leur arrivée. Les premiers navigateurs ne disent pas l'avoir trouvée chez les sauvages. L'Amérique, l'Afrique et les Indes orientales n'ont jamais communiqué leurs maladies épidémiques et endémiques à l'Europe; par conséquent, cette affection ne peut avoir été apportée de l'Amérique en Europe par les Espagnols. Du reste, les deux ouvrages de Sanchez sont maintenant rares. (*V.* Girtanner, vol. III, p. 460-471, 603; Richter, *Biblioth. de Chir.*, vol. III, p. 381.)

6. Berdoe Mermaduc, *An. essay on the Pudendagra*, Bath., 1771; in-8°.

Girtanner dit, vol. III, p. 577 : « L'auteur a réuni tout ce que l'on trouve dans les anciens écrivains sur le *pudendagra*, et il montre en quoi cette maladie se distingue de la *lues*.

7. Ph. Gab. Hensler : *Geschichte der Lustseuche* (Hist. de la *lues*) *die zu Ende des* 15ten *Iahrhunderts ausbrach* (qui éclata vers la fin du xve siècle). — Vol. I, p. 335. Altona, 1783, 134 pages; in-8°; nouvelle impression, 1794.

L'ouvrage se divise en deux livres :

Liv. I. — Renseignements sur des ouvrages contemporains sur la *lues*.—P. 1-140.

Sect. I. — Ouvrages écrits avant Leonicenus.—P. 5-26.

Sect. II. Ouvrages depuis Leonicenus jusqu'à Almenar. — P. 27-68.

Sect. III. — Ouvrages de la même époque, lorsque la *lues* diminuait. — P. 69-140.

Liv. II. — Description de la maladie.

Sect. I. — Symptômes locaux.

§ 1. — Atteintes des parties secrètes. — P. 144-150.

§ 2. — Affection et douleur de l'urine dans l'ancien temps et du temps de la *lues*. — P. 151-168.

§ III. — L'écoulement de l'urèthre chez l'homme.—P. 169-203.

§ IV. — L'écoulement chez la femme. — P. 204-217.

§ V. — L'ulcère impur. —P. 218-244.

§ VI. — Ulcères des aines. — P. 245-264.

§ VII. — Suites locales de l'écoulement et des ulcères impurs. — P. 265-275. (Gonflement des testicules, ulcères de l'urèthre, douleurs dans l'acte d'uriner, ischurie, ulcères et fistules du périnée; phimosis et paraphimosis, perte des organes génitaux.)

§ VIII. — D'autres maux locaux des parties couvertes.—P. 277-302. (Exanthèmes, excroissances, ulcères à l'anus, hémorrhoïdes.)

§ IX. — Traces d'une maladie impure ancienne dans des écrivains non médecins. — P. 307-328. — Comme *appendix*, il y a, p. 1-134, des extraits de Schelling, du Wimpheling, de Cumanus, de Brant, de Grünbeck, de Widmann, de Steber, de Pinctor, de Grunpeck, de Benedictus, et de divers auteurs des xve et xvie siècles, la messe de S. Job, et Christoph. Columbus, *Epistola de insulis nuper in mari indico repertis*.

8. Hensler, Ph. Gabr., *De l'origine de la lues des Indes occidentales* (en allemand). Hambourg, 1789-92, 15 p.; in-8°, sous le titre : *Geschichte der Lustseuche*, etc., deuxième partie du 2e vol. La première partie, qui devait contenir la description de la ma-

ladie, n'a jamais paru. Cet ouvrage est surtout dirigé contre Girtanner; il examine, § II, l'époque de l'apparition de la *lues* en Italie; § III, il cite les témoins oculaires du passage de la *lues* d'Hispaniola en Espagne; § IV, il constate par des témoins oculaires que la *lues* est indigène à Hispaniola; il donne, § V, des preuves que la *lues* a été endémique sur le continent de l'Amérique; § VI, il montre par des témoignages le passage en Espagne de la *lues*, qui a été endémique en Hispaniola. Les preuves depuis les pages 1 à 15 sont tirées d'Oviedo, de Welsch, de Lopez de Gomora, de Roman. Panc, de Pedro de Cieça de Leon, d'Augustin de Zaratte, de Hieron. Benzoni.

9. Hensler, Phil. Gabr., *Programma de Herpete seu formica veterum labis venereæ non prorsus aperte.* Kilon., 1801, 64 p.; in-8°.

Ce programme que Hensler a écrit en déposant le décanat et à l'occasion de quelques promotions, est divisé en 10 §§, dont le 1er donne un aperçu du contenu, le second, quelques passages des véritables écrits d'Hippocrate (*Prorrhetic*, II, 18-21, *de aere, aquis et loco.* II, *Aphorism.* V, 22) sur l'*Herpes.* Il résulte de ces passages qu'on entendait par *herpes* des ulcères rongeants. L'*herpes esthiomenes* attaquait surtout l'abdomen et les organes sexuels; l'*herpes epinyctis* se manifestait dans l'âge viril : de là le soupçon d'une communication par le *coïtus.* Le § III donne des vues sur les espèces d'*herpes* jusqu'à Celse: le § IV celles sur l'*herpes epinyctis*, où l'on appuie surtout sur les douleurs nocturnes. Le § V traite du *therioma* de Celse (V. XXVIII, 3), qui, suivant Pollux, *Onomast.* IV, 25, affecte surtout les organes sexuels, et qui se rapproche beaucoup de l'*epinyctis* Le § VI rapporte l'opinion de Galène sur l'*herpes*. Dans le § VII, l'auteur passe à la *formica* des Arabes, et il montre qu'ils ont donné ce nom à diverses maladies de la peau. Dans le § VIII, l'auteur examine les opinions des arabistes jusqu'au xve siècle ; le § IX en donne le développement. De tout ce qu'il a cité, Hensler conclut, dans le § X, que la *formica* était l'*herpes* des Grecs; que les deux noms, mais non pourtant exclusivement, étaient propres aux affections syphilitiques. La débauche a produit dans tous les temps la *lues*, qui autrefois était plus sporadique, et qui, vers la fin du xve siècle, par sa propagation générale, devint endémique. La négligence que l'on apportait anciennement à l'étiologie, ainsi que les hypothèses de Galène sur les désordres des humeurs, firent que l'on ne reconnut pas plus tôt la maladie. La *lues* n'est pas une affection simple, mais une diathèse qui peut se manifester sous diverses formes, suivant le temps et sa nature. « *Hujusmodi lues mihi illa omnis esse videtur, quæ ipso coïtu, quoquidem loco luis præcipuus focus est, facillimè cum*

aliis communicari et ad ipsam prolem propagari possit. Summa ejus genera esse equidem arbitror lepram, malum quod pians vocant, ipsamque syphilidem » (p. 54). Les pians sont pour lui les *variolæ magnæ*, dont les maranes répandent le germe, et la syphilis un *morbus Europæ inquilinus*. Ces trois maladies sont analogues et n'en forment qu'une seule.

10. *La America vindicada de la calumnia de haber sido madre del mal venereo*. Madrid, 1785; in-4°.

Sprengel, dans ses notes à l'ouvrage de P. Ant. Perenotti di Cigliano sur la *lues*, p. 348, cite cet ouvrage, que l'on dit se trouver à la bibliothèque de l'Université de Goettingue; il l'appelle un *Traité bien écrit*, dans lequel, depuis la page 34, on veut prouver que la *lues* n'est pas venue de Haïti. (V. *Goetting. gelehrter Anzeiger.*, 1788, n° 169, p. 1614.)

11. Perenotti di Cigliano, P. Ant., *Storia generale dell' origine dell' essenza e specifica qualita della infezione venerea*. Turin, 1788; in-8°.

Cet ouvrage, avec un autre du même auteur (*Sur le traitement de la lues*) a été traduit de l'italien par C. Sprengel, et augmenté, sous ce titre: *P. A .Perenotti de Cigliano von der Lustseuche*, Leipz., 1791; XVI, 384 p. gr. in-8°. L'auteur défend l'ancienneté de la maladie.

12. Turnbull, Will., *An inquiry into the origin and antiquity of the lues venerea, with observations on its introduction and progress in the Islands of the South-See*. London, 1786; in-8°.

Il parut une traduction allemande de cet ouvrage par le docteur Ch. Freidr. Michaelis. Zittau et Leipzig, 1789, 110 p. gr. in-8°. L'auteur défend l'origine américaine, et il cherche surtout à réfuter Becket et Raynold Forster.

13. Arnemann, Just. *De morbo venereo analecca quædam ex manuscriptis Musei britannici londinensis*. Goettingæ. 1789; in-4°.

Selon Girtanner, III, p. 733, cet ouvrage contiendrait de nouvelles preuves pour l'origine américaine.

14. Sarmiento, M., *Antiquitad de los bubas*. Madrid, 1788, 32 p; in-8°. (V. *the english Review*, 1788, p. 221. — *Allegemeine Litteraturzeitung*, 1789; vol. II, p. 647.)

15. Schmidt, M. S. G., præside (et auctore) C. Sprengel, *De ulceribus virgæ tentamen historico-chirurgicum*. Halæ, 1790; in-8°.

16. Gruner, Ch. Gothof., *Morbi gallici origines maranicæ. Progr.* Ien., 1793-4.

17. *Sind die Maranen die wahren Stammvaeter der lues* de 1493? (*Les maranes sont-ils les véritables pères de la lues?*) Dans le *Journal des Découvertes, des Théories et des Contradictions dans les*

sciences naturelles et médicales (en allem.). N° III. Gotha, 1793, p. 1-34; n° VI, Gotha, 1794, p. 119-129.

On croit que le professeur Fr. Aug. Huker, à Erfurt, est l'auteur de ces deux articles; ils sont dirigés contre l'origine des maranes, et principalement contre l'ouvrage de Gruner cité plus haut.

Gruner chercha à défendre ses opinions dans les opuscules suivants :

18. *Die Maranen sind die wahren Stammvaeter der lues de* 1493. (*Les maranes sont les véritables pères de la lues de* 1493.) Dans son *Almanach de* l'année 1792, p. 51-92. — *Geschichte der Maranen und der Eroberung von Granada* (*Histoire des maranes et de la conquête de Grenade*); ibidem. p. 158-196. — *Die Maranen Dürften doch wahl Stammvaeter der lues von* 1493 *sein.* (*Les maranes pourraient cependant bien être les pères de la lues de* 1493); ibidem., 1793, p. 69-89; — 1794, p. 229-268.

Comparez aussi quelques articles de l'année 1784, p. 224-237, et de l'année 1790, p. 139-157.

19. Linguet, Sim. N. H., *Histoire politique et philosophique du mal de Naples.* Paris. 1796, in-8°. — Cet ouvrage ne paraît plus se trouver dans le commerce; du moins nous n'avons pu nous le procurer d'aucune manière.

20. Sprengel, C., *Ueber den muthmasslichen Ursprung der lues aus dem sudlichen Afrika.* (*De l'origine présumable de la lues de l'Afrique méridionale.*) Dans ses *Attributs pour l'histoire de la médecine*, (*Beitraege zur Geschichte der Medicin*). Halle, 1796, vol. I, cah. 3, p. 61-104.

L'auteur soutient, d'après une citation de Hensler, que le Pyaws et le pian sont les formes primitives de la *lues.*

21. Bouillon la Grange, J. F. B., *Observations sur l'origine de la maladie vénérienne dans les îles de la mer du Sud*, dans le *Recueil périodique de la Société de santé*, tome I, 1797, p. 38-47.

22. Sickler, Wilh. Ernest. Christ. Aug., *Dissertatio exhibens novum ad historiam luis venereæ additamentum.* Ienae, 1797 (8 avril), 32 p.; in-8°.

L'auteur cite ici quelques passages de l'Ancien Testament, qui jusqu'alors n'avaient pas encore été considérés comme se rapportant au mal dont furent accablés les Juifs à la suite du culte qu'ils rendirent à Baal. Ce petit ouvrage ne paraît pas avoir été consulté par les écrivains qui vinrent ensuite; ni Hacker ni Choulant n'en font mention. Le frère de l'auteur a porté le premier son attention sur ces passages dans les *Theologischen Blaettern von Augusti*, Gotha, n° 13.

23. Schaufus, Dr., *Neueste Entdeckungen über das Vaterland*

der Pocken et de la lues. (*Dernières découvertes sur la patrie des véroles et de la lues*). Leipz., 1805, 160 p. in-8°.

V. Ehrhardt. *Medic.-chirurg. Zeitung.* Insbruck, 1806, vol. I, p. 375.

Pierer, *Allgemeine medic. Annalen*, 1806, p. 364.

L'auteur fait venir la *lues* des Indes orientales, et dit qu'elle fut apportée en Europe par des Bohémiens.

Il parle très en détail, depuis la page 65 jusqu'à la fin de l'ouvrage, de la *lues* dans les îles de la mer du Sud, en indiquant avec soin les sources où il a puisé.

24. Tornberg, Carol. Sam., *Spec. inaug. med. sistens sententiarum de vera morbi gallici origine synopsin historicam.* Ienæ, 19 augusti 1807, 26 p.; in-8°.

L'auteur se déclare pour l'origine américaine, sans rien dire de nouveau.

25. Rousseau, J. B. C. *New observations on syphilis, tending to settle* (*pour faire cesser*) *the disputes about its importation, by proving that it is a disease of the human race, that has and will always existe among the several nations of the globe.* Dans *Coxe Philadelph. med. Museum*, 1808, vol. IV, n° 1, p. 1-11.

26. Robertson, H., *A historical inquiry into the origine of the venereal disease*, P. I, II, in *the London medical Repository*, 1814, vol. II, p. 112-119, 185-192.

L'auteur défend l'ancienneté de la *lues*; mais il nie que la maladie qui a régné dans l'armée française, lors du siége de Naples, ait été la syphilis; il la considère plutôt comme une fièvre pestilentielle avec une éruption semblable à celle de la variole. Un mémoire ultérieur de l'auteur, dans le même journal, 1818, vol. IX, p. 495, donne le résultat de ses observations pendant la guerre en Espagne : elles confirment ses opinions antérieures.

27. Hamilton, Rob., *On the early history and symptoms of lues.* In *the Edinburgh medical and surgical Journal*, 1818, vol. XIV, p. 485-498.

L'auteur cherche à prouver que la maladie qui a régné à la fin du xve siècle n'a pas été la *lues venerea*, mais la *sibbens* (?). V. Ehrhart, *Medicinisch chirurgische Zeitung*, 1819, vol. I, p. 198.

28. Werner, Gust. Adolph., *De origine ac progressu Luis venereæ animadversiones quædam.* Lipsiæ, 1819, 29 p.; in-4°.

Il se prononce pour l'ancienneté de la maladie, en citant les passages déjà connus avant lui. Il dit que les anciens ont confondu la *lues venerea* avec la lèpre. L'immoralité générale vers la fin du xve siècle et l'arrivée des maranes en Italie contribuèrent à la

propagation générale de la maladie. D'après Choulant, dans *Pierer allgemeine medicinische Annalen*, année 1825, p. 237, le professeur H. Robbi serait l'auteur de cette dissertation.

29. Wendt, I. W., *Bydrag til historien of den veneriske sygdoms begyndelse og fremgang i Danemark*. Kjöbnhaven, 1820; in-8°. En allemand, dans le *Journal de Hufeland*, 1822, vol. LV, p 1-51.

Cet ouvrage prouve que la *lues* était connue en Danemark depuis 1495. Le traitement était confié surtout aux chirurgiens et aux laïques; ce qui indique assez les mesures de police médicale contre cette maladie.

30. Barbantini, Nicol., *Notizie istoriche concernanti il contagio venereo, le quali precedono la sua opera sopra questo contagio*. Lucca, 1820; in-8°.

Cet ouvrage n'est pas encore bien connu en Allemagne; nous n'avons pu nous le procurer d'aucune manière : on le dit épuisé.

31.. Thiene, Domïnico, *Lettere sulla storia de mali venerei*. Venezia, 1823, 303 p. gr. in-8°.

On y trouve les 9 lettres suivantes : 1. *Sulla opinione commune dello origine americana della lue venerea*, al Sign. C. Sprengel, p. 7-27. — L'origine américaine et les raisons de Girtanner pour cette origine y sont réfutées. Il cite dans une note, p. 238, un poëme italien inconnu jusqu'alors, de George Summaripa, praticien à Verone en 1496, dans lequel la maladie est déclarée être venue de la France; ce qui est aussi confirmé par une lettre de Nicol. Scillatius, p. 236. Cette lettre a déjà été insérée dans le *Giornale di Medicina*, 1817, de Brera; agosto, vol. XI, p. 123. Huber, p. 37, et Sprengel, *Histoire de la Médecine*, 8e édit., vol. II, page 701, en ont profité.

2. *Della scolagine ossia gonorrea degli antichi;* al sign. Chrits. Goff. Gruner. — On voit par là que la gonorrhée des anciens n'était pas un écoulement de sperme, mais bien une véritable gonorrhée; p. 31-48.

3. *Della scolagione ossia gonorrea dei Basi tempi*; al signor F. Swediaur. — P. 51-73. — C'est une preuve que la véritable gonorrhée a existé au moyen âge.

4. *Della ulcere, dei bubboni, e di altri vizi delle darti segrete appresso l'antichita*; al sign. Nic. Barbantini. — P. 77-92.

5. *Della vera lue venerea ossia morbo gallico*; al sign. Anton. Scarpa.—P. 95-119.—Exposé de la *lues* à la fin du xve siècle, de ses changements, d'après les symptômes fournis par les organes sexuels et ceux présentés par la gorge.

6. *Di alcune forme morbose moderne referibili alla lue venerea*; al sign. Gullerier.—P. 123-144. — Exposé de la maladie de Brunn

en 1577, des sibbens, des pustules d'Amboïna, de la maladie du Canada, du Scherlievo et Falcadina.

7. *De alcune forme morbose antiche riferibili alla lue venerea*; alsign. dottore Cambieri. — P. 148-178. — Il fait ici la description de l'yaws, du pian, du judham, de la mentagra, du malum mortuum et de la morphea, et il montre la parenté (l'affinité) de la lèpre et de la *lues*.

8. *Della provenienza della lue venerea*; al sign. Filip. Gabr. Hensler. — P. 182-208. — L'auteur regarde la maladie comme endémique en Afrique, d'où elle serait venue en Italie avec les maranes, et en Amérique avec les esclaves nègres.

9. *Sulla publica igiene de mali venerei*; al Franc. Agliesti. — P. 212-225. — Aperçu archéologique des lois sur les maisons publiques. Cet ouvrage est terminé (page 230-303) par des observations où l'auteur cite principalement les passages sur lesquels s'appuient ses opinions. Choulant, dans les *Allgemeinen medicinischen Annalen* de Pierer, année 1825, p. 236-44, donne un extrait de ce livre qui est devenu rare en Allemagne.

32. Huber, V. A., *Bemerkungen über die Geschichte und Behandlung der venerischen Krankheiten.* (*Observat. sur l'hist. et le traitement des maladies vénériennes.*) Stuttgart et Tubingue, 1825, 124 p.; in 8°.

L'auteur cherche surtout à réfuter l'origine américaine de la maladie, et, dans ce but, il passe soigneusement en revue les chroniques espagnoles, sans prétendre toutefois arriver à des résultats certains. Il se contente plutôt de signaler les inconséquences dans lesquelles sont tombés les défenseurs de l'une et de l'autre opinion. Des annonces flatteuses de cet ouvrage se trouvent dans *Heidelberger Jahrbücher*, 1825, n° XII, p. 1194-99; *Heckers litterarische Annalen*, 1826, vol. IV, p. 77-97; *Hufelands Bibliothek der praktischen Heilkunde*, 1826, vol. LV, p. 262-68.

33. Dubled, Alex., *Coup d'œil historique sur la maladie vénérienne.* Paris, 1825.

Voici une citation de Hacker, p. 164 : « On dit que cet ouvrage contient beaucoup de choses intéressantes. » Nous n'avons pu voir cet écrit; cependant il paraît être tout à fait d'accord avec ce que Dubled rapporte dans un travail ultérieur : *Exposé de la nouvelle doctrine de la lues* (traduit en allem., Leipz., 1830, p. VI-VIII, et p. 1-10). Il dit dans la préface, p. V : « Puisque l'étude de l'histoire de la maladie vénérienne semble confirmer la vérité de mon opinion, j'ai fait précéder cet ouvrage de l'aperçu historique que j'ai lu dans le temps dans la section de chirurgie de l'Académie royale de médecine. Un compte-rendu, qui a dû en être fait, n'a

pas paru. » — Vient ensuite une préface appartenant à l'aperçu historique, qui est signée: Paris, octobre 1823. L'ouvrage devrait donc être placé dans cette année. Ce qui y est dit est plus que superficiel, comme on peut en juger déjà d'après son petit nombre de pages.

34. Beer, S. J. *Beitraege zur Geschichte der Syphilis.* Dans *Oken Isis*, année 1828, vol, II, p. 728-731.

L'auteur, médecin juif, cherche à prouver que les maranes n'ont pas été affectés de syphilis, parce qu'ils étaient des martyrs de leur foi, et que, par conséquent, ils n'ont pu être débauchés et immoraux; parce que (Moïse, V, cap. 33, vers. 17) les excès dans l'amour sont sévèrement défendus, surtout avec des gens non juifs (Néhémie, cap. X, vers. 29-30); enfin parce que Don Isaac Abarbanel, né en 1437, dit expressément, dans son *Explication des Prophètes* (imprimée en 1650) (Zacharia, v. 12), que la maladie *zarfosim* règne exclusivement parmi les Goiem (non juifs) et point parmi les Israélites. L'auteur promet finalement un mémoire plus étendu sur la syphilis, auquel il est occupé; mais il n'a pas paru, au moins que nous sachions.

35. Spitta, H., *Beitrag zur Geschichte der Verbreitung der Lustseuche in Europa.* In *Heckers Lit. Annalen*, 1826, vol. IV, p.371-374.

C'est la communication d'un passage de l'ouvrage suivant: *Libro que trata de las cosas, que traen de las Indias occidentales, que sirven al uso de medicina. y de la orden qui se ha de tener en tomar la Rayz de Mechoacan, etc.* Hecho y copilado por el doctor Monardes, medico de Sevilla. 1565. — Ce passage est relatif au guajac; en même temps, l'origine américaine y est très-bien présentée, comme si l'auteur y avait été. On peut se faire une idée de la valeur de tout le raisonnement en lisant ce passage: « Notre Créateur a voulu que le remède contre la syphilis vînt d'où la maladie elle-même est venue. »

36. De Jurgenew, Pet., *Luis venereæ apud veteres vestigia.* Diss. inauguralis. Dorpati Livon., 1826, pages 54; in-8°. (V. *Recension de Strave* dans le *Répertoire critique de Rust et de Caspar.*)

37. Fréd. Alex. Simon: *Versuch einer kritischen Geschichte der verschiedenartigen, besonders unreinen Behaftungen der Geschlechtstheile und ihrer Umgebungen, oder der oertlichen Lustübel, seit der aeltesten bis aufdie neueste Zeit und ihres Verhaeltnisses zu der am Ende des 15e Jahrhunderts erschienenen Lustseuche; nebst practische, Bemerkungen über die possitive Entbehrlichkeit des Quecksilbers bei der Mehrzahl jener Behaftungen, oder der sogenannten primaeren syphilitischen Anfaelle. Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie der primaeren Syphilis für Aerzte und Wundaerzte.* —

Vol. I, Hambourg, 1830, XVIII, 253 pages; vol. II, 1830, XVI, 543 pages; gr. in-8°.

Cet ouvrage, travaillé avec beaucoup de soin, contient dans son premier volume l'histoire de la gonorrhée, des enflures des testicules, des ulcères et excroissances verruqueuses dans l'urèthre, de la dysurie, des rétrécissements de l'urèthre, des ulcères et des fistules au périnée.

Le second volume traite des ulcères ou chancres, comme résultat d'un coït impur. Leur histoire est continuée jusqu'à nos jours.

L'auteur avait promis une histoire critique de la syphilis et de son traitement, mais on l'attend encore; et ce n'est cependant que par elle qu'on pourra juger de la justesse de certaines assertions de l'auteur. Nous désirerions la voir paraître.

Math. Jaudt, *De lue veterum et recentium.*—Dissert. inaug. med. Monachii, 1834, 23 pages; in-8°.

Dans ce traité, fait un peu à la légère, l'auteur admet, avec les Anglais, une *lues antiqua* qui se serait déclarée par des affections semblables à celles des organes génitaux; puis une *lues universalis* depuis 1494-96. Toutes les deux se rencontrent encore maintenant; l'auteur en trouve la différence dans le traitement par le mercure. La première, selon lui, n'exige pas ce médicament, mais bien la seconde.

39. Max. Lud. Schrank, *De luis venereæ antiquitate et origine.* — Dissert. inaug., Ratisbonæ (Monachii), 1834, 24 pages; in-8°.

L'auteur cite les passages connus des anciens, et il cherche à prouver : 1) *Luem veneream antiquissimis temporibus jamjam cognitam ibidemque contagiosam, sub finem sæculi XV majorem nonnisi malignitatis gradum, conditionibus secundis concurrentibus ostendisse, ideoque* 2) *Americam ejusdem patriam non esse habendam.* Il paraît avoir profité principalement de l'ouvrage de Hubert.

40. Naumann, prof. Pour la pathogénie et l'histoire de la gonorrhée. Dans Schmidt's *Jahrbücher der in und auslaendischen gesammten Medicin.*, année 1837, vol. XIII, p. 94-105. Ce mémoire contient d'excellentes notes historiques sur la syphilis, surtout relativement à la gonorrhée des temps anciens; il cite plusieurs passages de Galène qu'on n'avait pas encore remarqués, et il défend l'ancienneté de la maladie. Un résumé de ce mémoire a déjà été reproduit dans le 7e volume de son *Manuel de Clinique médicale.*

41. Aug. Zennaro, *Dissert. inaug. de syphilidis antiquitate et*

an sit semper contagio tribuenda. — Patav., 1837, 32 pages; gr. in-8°.

42. Jos. Ferd. Masarei, *Dissert. sistens argumentum, morbos venereos esse morbos antiquos.* — Viennæ, 1837; in-8°.

Les ouvrages cités ci-dessus, qui traitent principalement et exclusivement de l'histoire de la *lues*, ne sont pas les seuls qui en parlent. La plupart des ouvrages tant soit peu étendus sur cette maladie contiennent une partie historique : tels sont ceux de Swediaur, de Bertrandi, de Foot, de Barbantini, de Jourdan; nous ne citerons que les suivants :

Joan. Astruc, *De morbis venereis libri sex, in quibus disseritur tum de origine, propagatione et contagione horumce affectuum in genere; tum de singulorum natura, ætiologia et therapia, cum brevi analysi et epicrisi operum plerorumque quæ de eodem argumento scripta sunt.*—Paris, 1736, XVIII, 20; 62 pages in-8°; 50 pages in-4°. Paris (contrefaçon de Bâles), 1738; in-4°.— *Translated by Will. Borrowby*, Lond., 1737; in-8°.— Editio secunda : *De morbis venereis libri IX.* Paris, 1740; in-4°, vol. I, XXXVI, 608 pages. Cette édition contient : *Dissert. de origine, appellatione, natura et curatione morborum venereorum inter Sinas.*, p. DXXXVIII-DLXVI, vol. II, 537-1196 pages. (Nos citations sont tirées de cette édition.) — Paris, 1743, vol. I-IV; in 12. Les quatre premiers livres ont été traduits en français par Boudon et Aug. Franc. Jault. Paris, 1740; in-12, vol. I-III. — Editio tertia, aucta per Joan. Astruc et Ant. Louis. Paris, 1755, vol. I-IV; in-12. Contrefaçon : Venetiis, 1760, in-4°; augmentée de : *Epistolæ duæ de mercurio sublimato de Gerard van Swieten;* et Jos. Mar. Xav. Bertini, *Dissert. de usu mercurii.* — *Translated by Sam. Chapmann.* Lond., 1755; in-8°, en allemand, par Joh. Gottlob Heise. Francfort et Leipzig, 1784; gr. in-8°. — Editio quarta, Paris, 1773, vol. I-IV; in 12. —Editio quinta, cura Ant. Louis. Paris, 1777, vol. I-IV; in-12.

Astruc a le mérite d'avoir commencé à réunir et à épurer les matériaux accumulés depuis des siècles pour l'histoire de la syphilis. Quoique ses résultats historiques soient défectueux et partiaux, en ce qu'ils ne défendent que l'origine américaine, cependant on ne peut encore se passer de son aperçu chronologique des écrivains depuis 1475-1740, parce qu'il y communique des extraits étendus de tous les ouvrages qui étaient à sa disposition. Le 2e volume est entièrement composé de ces extraits. Jusqu'à Hensler, presque tous les historiens ont puisé exclusivement dans cet ouvrage, sans être toujours assez consciencieux pour indiquer la source dont ils ont profité. Bertrandi, dans son *Traité des Maladies vénériennes* (traduit en allemand par C. H. Spohr), vol. I,

p. 44, note *k*, dit qu'Astruc a presque entièrement copié son premier livre de Charles Thuillier, *Observations sur les maladies vénériennes, avec leur cure sûre et facile; Lettres sur les accidents, l'origine et les progrès de la vérole.* — Paris, 1707, in-8°, p. 211-261, sans nommer l'auteur.

Girtanner, Christophe, *Abhandlung über die venerische Krankheit* (*Traité de la Maladie vénérienne*), I V. Goettingue, 1788, 459 p.; II et III vol. 1789, 933 p. gr. in-8°; 2e édition, 1793, 3 volumes gr. in-8° — 3e édit. du 1er vol., 1796. — 4e édit. du 1er vol., augmentée, et avec des notes, par Louis Christophe Wilh. Cappel, 1803. XVI. 455 p. gr. in-8°.

L'auteur donne dans le 1er vol., livre I, section I, p. 1-57, l'histoire de la syphilis : il cherche par tous les moyens, même en altérant les faits, à prouver l'origine américaine. Le 2e et le 3e volume, pagination suivie de 808 p., contiennent un aperçu de tous les écrits sur la syphilis, de 1595 à 1793; leur nombre, y compris ce qu'il a ajouté, est de 1912. Sans jamais en indiquer la source, il a traduit Astruc littéralement d'un bout à l'autre. Il n'a considéré que les ouvrages qui défendent l'origine américaine, les autres sont seulement cités. Cette revue littéraire a été continuée par :

Hacker, Henri Auguste. *Litteratur der syphilitischen Krankheiten*, de l'année 1794 à 1829, etc. Leipz., 1830. 264 p. gr. in-8°.

Il est à regretter que Hacker n'ait vu et connu, d'un grand nombre d'ouvrages, surtout d'ouvrages étrangers, que les titres. Pour ce qui est des ouvrages mieux indiqués, il ne fait aucune mention, comme Girtanner, de leur étendue (nombre de feuilles ou de pages). Comme on est en droit de supposer que l'auteur a continué son travail depuis une dizaine d'années jusqu'à nos jours, il serait à désirer qu'il en fît paraître le résultat. Il aura sans doute trouvé des lacunes à remplir dans la littérature ancienne. Nous pensons qu'il serait peut-être plus convenable de refaire entièrement la littérature de la syphilis, en abandonnant le système de Girtanner. Dans ce cas, il faudrait avoir à sa disposition une bibliothèque comme celle de Goettingue. Bien des ressources seraient aussi sans doute offertes par Rees, George, *On the primary symptomes of the lues venereal, with a critical and chronological account of all the englisch writers* (écrivains) *on the subject from* 1735 *to* 1785. London, 1802; in-8°.

Il nous reste encore à citer les auteurs médecins qui ont écrit l'histoire de la syphilis en détail. Ce sont principalement :

Freind, J., *Histoire de la Médecine*, traduite de l'anglais en français par Etienne Coulet. Leyde, 1727; t. III, p. 192-227; — in-8°. — Cet écrivain cherche à prouver l'origine américaine.

Gruner, Chr. Godofr., *Morborum antiquitates*. Vratislav., 1774; gr. in-8°, p. 69-101. — Il est pour l'origine américaine.

Sprengel, Curt, *Versuch einer pragmatischen Geschichte der Arzneikunde* (*Essai d'une Histoire pragmatique de la Médecine*). 3me édit; Halle, 1828, vol. II, page 521-525, 697-714; vol. III, p. 204-217; vol. V, p. 579-594. L'auteur croit que la syphilis trouve son origine dans la lèpre.

La syphilis est traitée historiquement, conjointement avec d'autres maladies, dans les ouvrages suivants :

Raymond, Franç. *Histoire de l'Eléphantiasis, contenant aussi l'origine du scorbut, du feu S. Antoine, de la Vérole*, etc. Lausanne, 1767, 132 p. in-8°.

L'auteur défend l'ancienneté de la syphilis (V. *Comment. de rebus in scientia naturali et medicina gestis* Lips., vol. XVI. p. 455-60.

Gebler, Gerhard. *Diss. Migrationes celebriorum morborum contagiosorum*. Goettingæ, 1780-4. — Girtanner dit, vol. III, page 646, que l'auteur a tout tiré d'Astruc.

§. V. *Aperçu des opinions sur l'âge et la genèse de la syphilis.*

Un grand nombre d'opinions sur l'âge et la genèse de la syphilis ont été émises; on peut les diviser en deux classes : les unes disent que la maladie était déjà connue dans l'antiquité et qu'elle a été observée depuis sans interruption; d'autres placent son origine dans le dernier *decennium* du xve siècle. Ces deux opinions pourraient bien s'être formées en même temps, suivant le degré de connaissances de l'écrivain qui s'occupait de la maladie; et nous appellerions la première celle des savants, et la seconde celle du peuple, quoique celle-là ne repose également que sur des préjugés. Le petit nombre de médecins savants du xve et du commencement du xvie siècle préféraient à l'étude de la nature les investigations dans les écrits des Grecs et des Arabes qui n'avaient pas encore été explorés, et ils étaient par trop convaincus qu'Hippocrate, et plus encore Galène et Avicenne, avaient déjà embrassé dans leurs écrits ce qui en tout temps avait pu faire l'objet du traitement de l'affection dont ils s'occupaient.

Dans le principe, on ne considérait que l'affection prédominante de la peau, et il était dès lors naturel de la regarder comme une espèce de lèpre, et de l'appeler *elephantiasis* (Seb. Aquilanus, Ph. Beroaldus); tantôt *formica* (Schellig, Cumanus, Gelinus, Leonicenus, Steber), tantôt *saphat* (J. Widmann, Nat. Montesaurus, Jul. Tanus, Jo. de Fogueda, Sim. Pistor). C'est sur ces idées que Sydenham, Haller, Plenk, Thierry, Haward, et pendant quelque temps Sprengel, formulaient plus tard leur opinion que les yaws et les pians étaient la

forme primitive de la syphilis, et qu'il fallait par conséquent regarder l'Afrique comme la patrie de la maladie ; les maranes y avaient aussi leur part. Mais lorsqu'on vit enfin que la maladie commençait par des affections locales des organes sexuels, il devint facile de démontrer que la syphilis avait existé dès les temps les plus reculés. Ne trouvant cependant pas d'indications précises chez les anciens sur le rapport des affections locales et celles des organes génitaux, on s'est vu forcé d'admettre que les maladies cutanées, syphilitiques, et la lèpre, ont été regardées anciennement comme identiques. Becket, le premier, essaya de prouver cette assertion ; d'autres la trouvèrent trop hardie, et ils cherchèrent à l'affaiblir en disant que, sous l'influence de conditions favorables, la lèpre s'était transformée en syphilis. En effet, la circonstance que la première devenait plus rare parut parler en faveur de cette opinion. Sprengel et Choulant se rangent principalement à cet avis dans la préface à la *Syphilis de Frascatori*. Pendant que ces auteurs ne disaient rien de la patrie de la maladie, Schwediaur et Beckmann croyaient la trouver dans les Indes orientales et en reconnaître la forme primitive dans le *dschossam* ou *le feu Perse*. A ceux-ci se joignait Schaufus, qui pensait que des Bohémiens (Egyptiens) avaient apporté la syphilis des Indes orientales en Europe. Le docteur Wizmann fait naître la syphilis au IIe siècle, en Dacie, colonie romaine, sous Trajan, et qui, comme telle, a dû recevoir les soldats romains, alors, comme on le sait, fort débauchés. Leur immoralité, sous un climat étranger, jointe à une constitution épidémique favorable, a, selon lui, produit la maladie. On peut donc considérer Wizmann, tout aussi bien que Sprengel et Choulant, et en partie Gruner, qui fait descendre la maladie des maranes, comme les termes intermédiaires entre deux opinions extrêmes sur l'origine moderne de la maladie. Les historiens laïques principalement déclaraient que la maladie était nouvelle ; et un grand nombre de médecins, il est vrai, par d'autres motifs, se réunirent à eux ; on n'était en désaccord que sur son mode de génération. Les idées astrologiques de cette époque attribuaient la cause de la syphilis à une constellation malheureuse, secondée par des inondations, par l'oppression des peuples, par la famine, etc. C'est pour cela qu'on appelait la maladie *épidémique*, ou, ce qui était la même chose alors, *pestilentielle*. On attribuait aussi la peste à la colère de la Divinité. De quelque valeur que soit cette opinion, elle est toujours encore plus admissible que celle qui attribuait la maladie à l'empoisonnement des fontaines et du vin (Cæsalpinus), au mélange de la farine avec du plâtre (Fallopia). ou même à la chair humaine, qu'on aurait mangée (Fioraventi). Une fois qu'il

ne fut plus possible de méconnaître que le coït était une circonstance productrice de la maladie, on mit en jeu toutes sortes d'anecdotes bizarres, telles que le *coïtus* d'une femme publique avec un lépreux, avec des animaux, surtout avec des singes, et enfin le *coïtus* avec les femmes voluptueuses des Indes occidentales. Cette dernière circonstance n'a pas peu contribué à faire croire à l'origine américaine, qui a surtout été défendue par Astruc et par Girtanner, et qui, malgré les efforts de Hensler, n'est pas encore entièrement déracinée.

§. VI. — *Plan de l'exposition.*

Nous aurons donc à considérer ces différentes opinions et à peser les raisons qui militent en leur faveur ; mais comme le résultat de cet examen comprend jusqu'à un certain point l'histoire même de la maladie, il nous paraît plus convenable de les traiter conjointement, autant que possible. La valeur de chaque opinion, l'évidence des raisons à l'appui, ne manqueront pas de se montrer à découvert. Cette marche est d'autant plus nécessaire que l'on évitera ainsi, d'un côté, de nombreuses répétitions, et que, d'un autre, on s'apercevra plus facilement des lacunes existantes. — Toutes les opinions se divisent, comme nous l'avons dit, en deux groupes, selon qu'elles défendent l'ancienneté de la syphilis ou son apparition au xve siècle. Par conséquent, nous partagerons nos recherches en deux parties, dont la *première* comprendra la syphilis dans les temps anciens, et la *seconde* la syphilis vers la fin du xve siècle. A ces deux parties se rattachera une troisième, celle de l'histoire de la maladie jusqu'à nos jours. Chacune des deux premières sera précédée d'un examen des sources. Nous parlerons ensuite des *influences* qui ont pu provoquer DES MALADIES résultant du coït ou de son abus, en général de celles qui ont pu les favoriser, les entraver, où les modifier. Cette recherche est aussi nécessaire que difficile, parce qu'il est peu de sources où il soit possible de puiser. Ce travail préparatoire est cependant indispensable pour pénétrer dans l'histoire de la syphilis. Nous verrons ensuite ce que pouvait l'art contre ces influences et leurs conséquences ; si l'on possédait des données suffisantes pour déterminer la forme et la nature de la maladie, et des ressources propres à la modifier. Nous nous attacherons surtout à faire voir si les médecins ont bien reconnu cette maladie, s'ils ont eu l'occasion de la signaler ; nous examinerons les théories qui alors paralysaient leurs études. Une fois ces points éclaircis autant qu'il est possible, nous serons alors en état de mener à bonne fin chacune de ces parties et de compléter leur ensemble par un exposé genésique de la maladie ; et notre tâche sera ainsi remplie. *(La suite à un prochain n°.)*

DE LA SYPHILIS ET DE SON TRAITEMENT.

GÉNÉRALITÉS ET CRITIQUE ;

Par M. le docteur J. H. Thiry.

Il est une question qui a beaucoup occupé et qui occupe encore, à juste titre, les syphilographes : cette question est la suivante : Une personne atteinte de syphilis, ayant subi un traitement antisyphilitique convenable et suffisant, à la suite duquel les symptômes propres à cette affection se sont dissipés, est-elle à l'abri de toute rechute ? Quoique aujourd'hui l'affirmative soit l'opinion unanime, vu qu'il est constaté que la plupart des récidives qui peuvent arriver dépendent d'un traitement vicieux ou mal fait, on ne peut néanmoins disconvenir que, pour résoudre immédiatement cette proposition, on en est encore réduit, la plupart du temps, aux probabilités. — Comment pourrait-il en être autrement ? Cette solution étant renfermée dans l'avenir, il est très-difficile, sinon impossible, d'en pénétrer le secret : l'analogie, la vraisemblance, sont les seuls moyens qui peuvent raisonnablement guider le praticien dans l'appréciation de cette question.

Aussi, qu'a-t-on fait dans de telles circonstances ? Lorsque les malades avaient subi un traitement spécifique, qui paraissait suffisant, complet, leur a-t-on dit : Votre guérison est certaine ; vous êtes guéris à tout jamais ! — Non, évidemment non ; car aucun praticien, que nous sachions, n'a encore mesuré la quantité de mercure qu'il faut pour anéantir le virus vénérien ; personne n'a encore indiqué le signe positif au moyen duquel on peut avoir la certitude de la destruction du principe vénérien. On s'est borné à dire à ces personnes : Il est vraisemblable, il est rationnel de croire que vous êtes guéries, parce que le traitement a effacé toutes les traces apparentes, tous les symptômes de la maladie ; parce que vous avez repris tous les caractères d'une santé parfaite, et enfin parce qu'on ne peut établir des médications thérapeutiques sur de vagues suppositions, quand il s'agit de l'administration d'agents médicinaux qui sont loin d'être inoffensifs. — Cette conduite était très-prudente ; elle laissait à l'avenir et à l'observation le soin de sanctionner la guérison, ou de montrer que le traitement qui avait été employé était inefficace, incomplet, ou vicieux. L'avenir confirma une foule de guérisons, et cela dans les circonstances les plus graves ; mais, d'un autre côté, il démontra que plusieurs affections syphilitiques que l'on avait cru guéries pendant un certain temps ne l'étaient pas, ou du moins ne l'étaient que d'une manière apparente et trompeuse.

Ces résultats différents, quoique, d'après nous, très-explica-

bles, ne firent qu'augmenter le doute général, non pas sur la curabilité de la syphilis, mais bien sur l'époque où on pouvait dire à un malade : Allez! votre traitement est complet et a détruit jusqu'au dernier atome du mal dont vous étiez atteint; toute récidive est désormais impossible. — Aussi, il n'y eut que des charlatans qui osèrent encore affirmer, immédiatement après la cessation du traitement spécifique, que *la syphilis était guérie à tout jamais.*

Il est évident, d'après ce que nous venons de dire, que le doute médical ne portait que sur l'époque où on pouvait prononcer la guérison de la syphilis et sur la quantité de mercure nécessaire pour obtenir cette guérison. — Pour ce qui est de la curabilité de la syphilis personne ne l'avait jamais contestée; on était généralement d'accord sur ce point. — Eh bien! cette dernière opinion vient d'être fortement ébranlée par M. Ricord, dans un article que ce chirurgien a publié dans la *Gazette des Hôpitaux*, et qui est reproduit en partie dans le numéro de septembre 1845 de l'*Abeille médicale* du docteur Comet.

Les écrits d'un homme aussi haut placé que le chirurgien de l'hôpital du Midi, étant toujours très-importants, et destinés à exercer une grande influence, il est utile et même nécessaire de les soumettre à un examen sévère et impartial, afin d'éviter que des erreurs ne se propagent à l'ombre d'un grand nom. C'est en partie dans ce but que nous avons entrepris ce travail.

« Le traitement de la vérole constitutionnelle, dit M. Ricord, « peut se diviser en traitement prophylactique et en traitement « curatif. Et d'abord le traitement prophylactique par excel- « lence de la vérole constitutionnelle, c'est le traitement abortif « du chancre; du chancre, point de départ de tous les phéno- « mènes qu'on peut observer plus tard. Détruisez ce chancre « dès son apparition, au premier, au deuxième, au quatrième et « même au cinquième jour après le coït infectant; détruisez-le « complètement, foncièrement, et vous n'aurez jamais d'acci- « dents constitutionnels. Ce n'est point là une vue purement « spéculative, c'est le résultat de milliers d'observations, de « milliers d'expériences. »

Tout ce que nous avons pu observer jusqu'à présent des maladies vénériennes et syphilitiques nous force à adopter sans réserve l'opinion que nous venons de rapporter. La destruction radicale du chancre à son début, avant la période d'induration, rend impossible le développement consécutif des symptômes secondaires et de la syphilis. Le virus étant anéanti avant d'avoir pu pénétrer les tissus par voie d'absorption, il est évident que la

manifestation de ses conséquences ne peut avoir lieu. En établissant et en prouvant cette vérité, que nous avons pu confirmer, ce chirurgien a non-seulement élucidé une question scientifique, mais il a encore par là retiré la thérapeutique de la syphilis de l'espèce de confusion dans laquelle elle se trouvait ; il en a précisé les indications, et a démontré que, dans beaucoup de cas, l'administration du mercure était inutile et sans but. En cela on doit convenir qu'il a rendu un grand service ; car personne n'ignore que, avant les travaux de M. Ricord, l'engouement mercuriel était tel, qu'il suffisait d'avoir reconnu la pustule *chancreuse* et entrevu le moindre symptôme suspect, pour que de suite on recommandât le traitement mercuriel que l'on prolongeait parfois indéfiniment. Suivant une ancienne habitude, ou plutôt une ancienne routine, on appréciait l'efficacité de ce traitement par la durée de son application, par la quantité de mercure administré, et non par l'observation de son action et de ses résultats. Nous ne rapporterons pas ici les suites d'une telle pratique : la raison les indique suffisamment.

Aujourd'hui que l'on sait distinguer les affections syphilitiques de celles qui ne le sont pas, que l'on est convaincu que le virus n'est pas un fluide subtil qui se répand instantanément dans toute l'économie dès qu'il est en contact avec une partie quelconque de l'organisme ; aujourd'hui enfin que l'on connaît que le fluide vénérien a une action primitivement locale, et qu'il ne s'étend que par voie d'absorption, on est beaucoup plus réservé dans l'administration du mercure, on consulte les indications, et on n'a recours à son emploi que quand on constate un commencement d'induration, ou bien des symptômes secondaires. Nous prouverons bientôt qu'un traitement préventif par le mercure, avant l'induration du chancre, est une absurdité, une chose invraisemblable, impossible.

D'après ce que nous venons de dire, on comprendra que, avec M. Ricord, nous n'admettons aucun traitement général pour un chancre primitif non induré : le traitement abortif nous suffit pour le faire disparaître et en prévenir les conséquences. Mais, qu'on ne se le dissimule pas, malgré toute l'efficacité de cette pratique, il faut, si on veut avoir toute garantie, observer fréquemment et attentivement son malade ; car il suffit du moindre point d'induration (et quelquefois il est si petit qu'il faut avoir le toucher très-fin pour le distinguer), il suffit, disons-nous, du moindre point induré pour rendre insuffisant le traitement abortif et nécessiter le traitement spécifique général. L'induration doit donc être ici considérée comme la boussole du praticien.

On rencontre encore certains cas où l'induration n'existe pas, ou a disparu, et où on fera bien d'adopter la même manière d'agir : c'est quand la cicatrisation d'un chancre sera longue et difficile, ou bien lorsqu'il aura subi la transformation végétative. — Pour ce qui est de la transformation végétative, nous avons établi que l'irritation locale peut être la simple cause de ces végétations, qu'elle peut même développer dans les tissus une diathèse végétative locale, sans que le principe syphilitique y participe. Mais comme, dans la pratique, il est très-difficile d'apprécier au premier abord cette question, on agira prudemment en ne s'exposant pas à ses chances et en prescrivant un traitement dont on suivra l'action pas à pas.

Nous pensons devoir rapporter ici, comme pouvant encore jeter quelque jour sur l'absorption du virus, un phénomène que nous avons constaté plusieurs fois.

Nous avons observé que, pendant la période d'inoculation d'un chancre, on ne voyait survenir ni l'induration, ni l'absorption de son principe virulent. Par contre, dès que l'induration arrivait, l'inoculation à son tour devenait impossible.

D'après ces données, nous avons admis qu'il pouvait y avoir *deux principes distincts* dans la matière d'un chancre, qui ne révélaient pas simultanément leur existence, mais l'un après l'autre : le premier, nous l'avons appelé *principe de reproduction*, et le second, *principe de détérioration*, *de métamorphose*. D'après cela, nous avons dû admettre que la contamination et l'inoculation se produisaient en vertu d'un principe reproducteur spécial, contenu dans la matière du chancre, et que, tant que ce principe reproducteur existait et pouvait agir, l'absorption n'avait pas lieu : ici un traitement général n'est pas indiqué. Nous admettons enfin que, quand la puissance reproductrice est éteinte, le principe de détérioration et de métamorphose, indépendant du premier, pénètre l'économie, irrite d'abord les tissus, en change ensuite le mouvement de composition, et finit par produire la cachexie syphilitique. Dès ce moment, le traitement antisyphilitique devient indispensable.

On nous fera sans doute sur ce point une foule d'objections ; mais, pour le moment, nous répondrons à une seule, qui est très-importante. On nous objectera qu'on a inoculé avec succès des chancres indurés (1) : nous doutons de la réalité de cette assertion. Nous avons aussi inoculé des chancres indurés, mais sans

(1) Il y a, qu'on le remarque bien, des indurations partielles qui permettent encore l'inoculation. Il est bien entendu que nous ne voulons parler ici que de l'induration bien caractérisée et complète d'un chancre.

obtenir la pustule caractéristique. Il survenait quelquefois, il est vrai, à la suite de notre inoculation, une pustule à base enflammée ; mais c'était tout simplement une pustule impétigineuse, qui s'éteignait au bout de quelques jours, si, ne la confondant pas avec un chancre, on évitait de la cautériser au moment de son apparition (1).

Une dernière considération confirme encore ce que nous venons d'avancer sur les deux principes distincts que nous avons dit exister dans la matière d'un chancre : cette considération est relative aux chancres phagédéniques. Nous croyons avoir constaté que cette propriété d'envahir progressivement une large surface n'est que la conséquence du principe reproducteur et inoculable de la matière virulente, dont l'activité est élevée à un degré plus haut que dans l'ulcère ordinaire. Nous sommes d'autant plus autorisé à admettre cela, que chacun sait qu'un chancre phagédénique s'inocule plus aisément, et pendant un temps plus long, que toute autre espèce de chancre. Eh bien! tant que ce principe existe, le chancre reste phagédénique ; l'induration ne s'opère pas, et il ne survient aucun accident secondaire. Voici un exemple que nous pourrions du reste multiplier : Une femme entre à l'hôpital pour un chancre phagédénique à la petite lèvre gauche : pendant quinze à dix-sept jours, cet ulcère, malgré nos cautérisations, envahit pour ainsi dire toute la partie gauche de la vulve ; il s'inocule même spontanément et en plusieurs endroits à la partie latérale droite de cet organe ; enfin, nous parvenons à en arrêter les progrès, et nous obtenons une cicatrisation sans induration. Jamais cette femme, que nous avons revue depuis, n'a ressenti le moindre inconvénient. Il est probable que, dans cette circonstance, le principe d'absorption, de métamorphose, a été détruit sur place par le traitement local qui a été employé : c'est un résultat heureux qui n'arrive pas toujours. Le caractère phagédénique disparaît-il, ou parvient-on à l'anéantir, aussitôt, ainsi que nous venons de le dire, le travail ulcératif s'arrête, et l'inoculation ne réussit plus : alors, ou la guérison arrive, comme chez la femme

(1) Voici encore une observation qui corrobore notre manière de voir : Les *bubons d'absorption*, appelés aussi *chancres glandulaires*, ne peuvent être que le résultat que d'un chancre à sa période inoculable, c'est-à-dire, d'un chancre de quatre à cinq jours, le bubon d'absorption étant une inoculation spontanée, dans la glande, du principe reproducteur du chancre, qui alors est voituré exceptionnellement par les vaisseaux lymphatiques : nous disons *exceptionnellement*, car chacun sait combien sont rares le bubon d'absorption. Une fois le chancre des parties génitales bien *entièrement* induré, le bubon d'absorption n'est plus possible : tout ce qui peut arriver alors, ce sont des *bubons secondaires*, dus à la pénétration du principe destructeur et modificateur du chancre — Nous ne parlons pas du *bubon d'emblée*.

dont il vient d'être question, ou l'induration se produit, accompagnée du cortége des symptômes secondaires. En résumé, on peut donc avancer que, tant qu'un chancre est phagédénique, son absorption n'a pas lieu ; tandis qu'elle se produit après la disparition de ce caractère. Pratiquement, on peut dire que, si on guérit un chancre phagédénique sur place et sans induration, eût-il duré quinze jours ou trois semaines, le traitement général n'est pas nécessaire.

Au premier abord, ces distinctions paraîtront peut-être spécieuses ; cependant elles nous semblent rationnelles et découlent des faits rigoureusement observés. Malgré leur utilité pratique, nous n'affirmons pas encore définitivement cette opinion ; nous la soumettons seulement à l'examen éclairé des praticiens.

Reprenons maintenant l'analyse du travail de M. Ricord.

Après avoir dit que, dans le traitement prophylactique de la syphilis constitutionnelle, il fallait d'abord empêcher la diathèse syphilitique de s'établir, ce qui ne souffre aucune contestation, et que, une fois cette diathèse établie, on devait prévenir la manifestation des phénomènes qui la caractérisent, il continue : « Dès que le chancre est induré, la diathèse est établie ; et à « quelque temps que vous arriviez avec le traitement spécifique, « vous ne pourrez empêcher que la manifestation des phéno- « mènes : la fermentation syphilitique a eu lieu, et vous ne « pourrez vous opposer à l'empoisonnement général. »

Ce que dit M. Ricord n'est guère rassurant, et, de plus, renverse toutes les croyances admises jusqu'à ce jour par la majorité des praticiens. Examinons pourtant si le coup qu'il leur porte est réellement mortel. Et d'abord est-il vrai que la diathèse ou la cachexie syphilitique soit établie dès qu'un chancre est induré ? — Une constitution souvent solide et vigoureuse se métamorphose-t-elle aussi rapidement ? — Enfin, le virus, en suivant pour se propager une autre voie que celle de l'absorption (ce qui nous semble peu en accord avec les lois physiologiques), possède-t-il en réalité une spontanéité d'action suffisante et une puissance assez forte pour métamorphoser ainsi, en un clin d'œil, toute une économie ? — Ce sont autant de questions que nous ne pouvons résoudre affirmativement. En effet, il est généralement reconnu aujourd'hui que ce n'est que petit à petit et progressivement que le virus absorbé, comme tous les éléments morbides qui finissent par modifier et altérer toute une constitution, peut pénétrer les tissus et ensuite modifier la trame organique. La syphilis ne peut donc être instantanée, immédiate : avant qu'elle se produise, un autre acte doit

s'opérer, et cet acte consiste dans la pénétration du virus dans tous les tissus. Dès lors il nous paraît évident qu'il doit se manifester, après l'induration d'un chancre, des symptômes indépendants de la cachexie syphilitique : ces symptômes sont appelés *secondaires*, et sont pour ainsi dire un point intermédiaire entre la syphilis d'une part et le chancre de l'autre, avec cette remarque cependant, qu'ils sont la conséquence du chancre induré et qu'ils produisent inévitablement la cachexie syphilitique, si on ne parvient à les arrêter et à les détruire.

Pour mieux nous faire comprendre, exposons comment les choses se passent.

Une fois le chancre induré, il n'y a point de fermentation, comme le prétend M. Ricord, mais bien un phénomène plus naturel et surtout plus physiologique. L'inflammation qui environnait le chancre étant diminuée, l'absorption s'établit, et le premier effet de cette absorption, c'est l'induration elle-même, qui peut ainsi être considérée comme le premier symptôme secondaire. Bientôt l'absorption se continuant, le virus charrié par cette voie pénètre les organes de proche en proche, à commencer par ceux qui sont les plus rapprochés du siége du chancre. Il résulte de cette pénétration, qui, comme on le pense bien, n'est pas inoffensive, le développement de certains symptômes particuliers, tels que bubons, pustules, etc. Mais, qu'on ne s'y trompe pas, toutes ces manifestations morbides sont encore isolées, locales, et ne dépendent en rien d'un état constitutionnel ; car si on observe les individus qui en sont atteints, on remarque que leur constitution est intacte et ne présente encore aucune trace de la cachexie. Aussi nous disons que si, à cette époque, il est possible de venir au-devant du virus, de le combattre et de le détruire par des agents thérapeutiques spéciaux, on peut encore espérer d'empêcher la production de la cachexie syphilitique. — Eh bien! on possède un agent thérapeutique qui a cette puissance : c'est le mercure et ses préparations! — Lui seul, administré méthodiquement, peut amener, à cette période de la maladie, cet heureux effet. Nous dirons aussi que ce n'est point une vue purement spéculative, c'est le résultat de milliers d'observations, de milliers d'expériences.

Mais si rien ne s'oppose à la marche du virus, il finit par saturer (qu'on nous permette cette expression) toute l'économie, et entre enfin dans le mouvement de composition des tissus, dont il modifie et altère alors, de plus en plus, la texture et l'organisation. Dès ce moment, les constitutions les plus vigoureuses s'affaiblissent, et prennent un cachet spécial que l'on peut reconnaître à

la première vue ; l'altération est tellement générale et profonde, que les tissus les moins organisés ne tardent pas à manifester les altérations qu'ils ont puisées dans des bases organiques viciées. De là les lésions que l'on remarque dans les tissus osseux, nerveux, cutané, cellulaire, musculaire, etc. ; lésions qui peuvent aller jusqu'à la destruction complète de ces parties. Ce n'est plus ici une simple émanation locale, isolée, c'est toute la constitution qni est viciée dans son ensemble, et qui, à son tour, produit des symptômes qui sont la conséquence immédiate, non plus du virus, mais des altérations qu'il a développées. — Ici enfin il y a cachexie syphilitique. — Dans ce cas, la guérison est encore possible. Mais il ne suffit plus d'anéantir le virus par les préparations mercurielles, il faut de plus, et indispensablement, décomposer cette constitution mauvaise et cachectique; et puis, lorsqu'on croit l'élimination suffisante, la reconstituer sur des bases normales. Nous avouons que ce résultat n'est pas toujours facile à obtenir et qu'il faut toujours un traitement très-long, très-sévère et parfaitement exécuté ; mais tout cela n'empêche pas que la guérison de la syphilis soit un fait attesté par des milliers d'observations.

Comment dès lors expliquer qu'une fois la diathèse établie, à quelque époque que l'on arrive avec le traitement antisyphilitique, on ne pourra plus empêcher que la manifestation des phénomènes? Vous admettez donc que la syphilis est incurable? — Nous avouons qu'en présence des faits authentiques rapportés par une infinité d'auteurs, et des idées antérieures de M. Ricord lui-même, il nous a été difficile de nous rendre compte des idées émises dans son dernier travail. Il n'y a pas encore bien longtemps que ce chirurgien a avancé une opinion diamétralement opposée à celle qu'il soutient aujourd'hui : il prétendait que toute personne guérie de syphilis constitutionnelle était, par cela seul, à l'abri d'une nouvelle atteinte de cette affection. Il est à regretter que M. Ricord ne nous dise pas sur quels faits il s'est appuyé pour changer aussi rapidement sa manière de voir. Vous avancez que, dans la cachexie syphilitique, le traitement le mieux approprié ne peut qu'en détruire les symptômes et les manifestations. Mais alors, comment expliquer la singulière action de ce traitement qui peut ainsi anéantir des symptômes sans atteindre l'altération qui les produit? Dès que ces symptômes ont disparu, et que la personne qui les présentait a repris tous les caractères évidents de la santé, sur quelles preuves vous basez-vous pour affirmer que cette santé est illusoire et que la cachexie syphilitique existe encore d'une manière larvée?

Enfin, comment expliquez-vous les guérisons qui ne se sont pas démenties depuis 30 ou 40 ans? — A moins de mettre en doute toutes les observations rapportées par les auteurs, on doit bien convenir qu'il serait difficile de répondre à ces objections. Il est vrai que M. Ricord s'est ménagé une retraite admirable et dans laquelle il serait difficile de le poursuivre. Voici à peu près l'argument derrière lequel il se retranche : Vous croyez, dit-il, avoir guéri des syphilitiques, parce que, depuis 2, 10 et 20 ans, ils jouissent d'une bonne santé. — Erreur que tout cela! — Attendez encore quelques mois, quelques années, jusqu'à ce que, enfin, il plaise à la fermentation syphilitique endormie de se réveiller, et vous verrez que ce que vous regardez comme une guérison n'est qu'un masque trompeur. Qu'on ne pense pas que nous exagérons ; voici, du reste, les paroles de l'auteur : « Sous « l'influence du traitement mercuriel, administré à des sujets « infectés tout à fait au début de la maladie, nous avons vu « maintes fois le chancre se développer, parcourir toutes ses « périodes, et s'indurer, sans que le traitement général ait eu la « moindre influence sur lui. Mais il est un fait avéré : c'est « que, par ce traitement, on peut *empêcher*, ou tout au moins « retarder la manifestation des accidents constitutionnels. On « peut, chez quelques sujets, s'opposer complètement à l'appari- « tion d'un ordre de symptômes, et cela pendant un *temps si* « *long*, que le sujet vient à mourir d'autre chose, sans en avoir « présenté des traces ; ce qui équivaut presque à la santé. »

Quoique cette dernière phrase soit un peu plus rassurante que le reste, une telle opinion ne peut cependant pas vraisemblablement être admise. Peut-on de la sorte préjuger de l'avenir? Peut-on considérer une personne, jadis atteinte de syphilis, pour laquelle elle a suivi un traitement convenable, et qui, depuis plusieurs années, jouit d'une santé parfaite, et a même parfois procréé des enfants très-sains ; peut-on, disons-nous, la considérer comme conservant en elle le germe syphilitique qui, à chaque instant, menace de faire explosion? — Non, certainement non. Mais les rechutes, nous objectera-t-on, à quoi les rapporter? Les rechutes peuvent, à la vérité, survenir : pour notre part, nous pouvons même dire qu'elles sont assez fréquentes ; et c'est ce qui confirme ce que nous disions en commençant cet article, qu'il est pour ainsi dire impossible, dans une foule de cas, d'affirmer la guérison de la syphilis. Mais, qu'on le croie bien, si on veut se donner la peine de remonter à la source de ces rechutes, on trouvera toujours qu'elles dépendent ou d'un traitement incomplet et insuffisant, ou d'un traitement mal suivi ; et enfin on

se convaincra que comme pour toutes les autres maladies, il existe de ces syphilis exceptionnelles contre lesquelles viennent souvent échouer presque tous les traitements. De tout cela, on ne pourra certainement pas conclure que la syphilis est incurable, et que le traitement antisyphilitique ne peut prétendre qu'à détruire un certain ordre de symptômes, sans en atteindre la cause. On apprendra, au contraire, que la plupart de ces récidives ont définitivement été combattues avec un entier succès, soit par un traitement plus complet et plus prolongé, soit enfin par un traitement plus méthodique et répondant mieux aux indications.

« Pour détruire notre doctrine, continue M. Ricord, il fau-
« drait prouver que, après un coït infectant, le traitement mer-
« curiel, employé sur-le-champ, empêchera toujours le chancre
« de s'indurer, et qu'une fois le chancre induré, le traitement
« mercuriel empêchera *à tout jamais* la production d'un accident
« constitutionnel, quel qu'il soit; deux points que nous nions
« formellement. »

Ce raisonnement peut séduire sans doute; mais il s'écroule, à coup sûr, dès qu'on veut le soumettre à un examen attentif et sérieux. Il est évident, et nous le proclamons avec M. Ricord, que le traitement mercuriel, appliqué aussitôt après un coït infectant, n'empêchera nullement la production d'un chancre, si la contamination chancreuse a eu lieu. Nous allons plus loin : nous pensons qu'un tel traitement, administré dans de telles circonstances, ne serait pas seulement sans but et sans effet, mais constituerait une maladresse dont on pourrait souvent se repentir. Les raisons en sont faciles à saisir. Les préparations mercurielles ont certainement une grande puissance contre les symptômes qui sont la suite d'un chancre induré, elles détruisent ces accidents; mais elles ne peuvent rien contre le développement du chancre lui-même, ni contre le développement de son induration : en d'autres termes, le mercure n'a aucune propriété préventive à l'égard de l'altération primitive de la vérole; il en détruit les effets dès qu'ils se produisent, et voilà tout. Rationnellement, cela doit se passer ainsi; la contamination ou l'inoculation chancreuse étant des actes matériels immédiats, aucune médication, hormis la destruction instantanée de la partie où la contamination et l'inoculation se sont opérées, ne peut empêcher la production de leurs effets locaux. Un chancre inoculé, si on ne cautérise pas aussitôt le point d'inoculation, se produira après une incubation de quelques jours, quelle que soit la quantité de mercure que l'on ingère dans une vue préventive de cet accident; de plus, ce chancre

non-seulement se reproduira, mais s'indurera de la même manière et pour les mêmes raisons. Mais une fois que le chancre se sera constitué localement dans toutes les conditions voulues de son existence et de son absorption, administrez alors un traitement spécifique, et le succès couronnera vos tentatives. Avant cette époque, bornez-vous à la destruction de l'altération locale, qui peut seule prévenir la syphilis constitutionnelle.

Il résulte de ce qui précède que le mercure ne peut rien contre le développement de l'induration chancreuse, qui doit être considérée comme la suite immédiate et nécessaire de tout chancre que l'on ne détruit pas sur place, tandis qu'il combattra toujours avec succès et préviendra même les conséquences de cette induration, c'est-à-dire les accidents et la syphilis constitutionnelle, dont tout chancre induré est fatalement suivi. Nous ne pensons pas que l'on puisse exiger davantage d'une médication.

Le deuxième membre de la proposition de M. Ricord n'est pas plus exact que le premier. Une fois le chancre induré, il est positif que le traitement spécifique n'empêchera pas constamment, d'une manière certaine, la manifestation des accidents secondaires et syphilitiques. Les motifs en sont très-simples. Ainsi, il y a des personnes qui sont douées d'une force absorbante tellement grande, que le traitement le plus énergique et le mieux approprié ne jouit pas d'une activité assez étendue pour arrêter le virus dans sa marche rapide et prévenir par ce moyen les accidents secondaires : dans cette circonstance, la manifestation de ces accidents suit de très-près l'induration du chancre. Toutefois, qu'on le note bien ici, le traitement mercuriel n'est insuffisant que parce qu'il n'a pas eu le temps d'agir ; mais qu'on lui accorde ce temps, que son emploi soit méthodique, et on ne tardera pas à voir disparaître entièrement une affection que l'on n'avait pu prévenir. Ce fait, d'après nous, ne souffre guère d'exceptions ; et nous pensons qu'il est bieu peu de praticiens qui n'aient été à même de le confirmer. Il nous arrive chaque jour, à l'hôpital Saint-Pierre, des malades avec des chancres indurés, quelquefois avec des bubons secondaires d'une grosseur considérable, etc. ; eh bien ! nous donnons les préparations mercurielles, et progressivement nous voyons disparaître et l'induration et les bubons. Au bout de six à sept semaines, nous suspendons le traitement ; nous observons encore quelques jours les malades, et puis ils sortent avec tous les caractères de la santé la plus parfaite. Nous avons vu de ces personnes plusieurs années après, et leur guérison ne s'est pas démentie.

Enfin, il peut se faire que, malgré un traitement mercuriel

prolongé, les symptômes syphilitiques non-seulement ne s'arrêtent pas dans leur marche, mais n'éprouvent aucune diminution. Ce désavantage momentané et exceptionnel peut-il être rapporté à l'incurabilité de la maladie, à l'insuffisance ou au défaut d'action du mercure ? — Non, certes; car, ainsi que nous l'avons déjà dit, on en trouve souvent la cause dans la manière dont le traitement est administré et exécuté ; de sorte qu'il suffit ordinairement d'une simple rectification thérapeutique pour dissiper l'inconvénient dont il est ici question.

Nous terminerons donc en disant que, en général, un traitement mercuriel convenable bien administré, après l'induration d'un chancre, préviendra quelquefois, et détruira souvent, pour ne pas dire toujours, les symptômes secondaires et constitutionnels, sans qu'on ait à redouter la moindre rechute. Cette vérité est démontrée par des milliers d'expériences et des milliers d'observations.

REVUE DES JOURNAUX ALLEMANDS.

Medicinische Jahrbuecher der K. K. OEsterreichischen Staates.

(Analyse par le docteur Biver.)

Mai 1844.

24. *Remarques sur le vaccin originel en Carinthie;* par le docteur Fradeneck, de Klagenfurt.

25 .*Facultés propres au typhus de se combiner avec d'autres maladies et de les exclure;* par le docteur Schneller, à Vienne.

Dans cette partie de son travail, l'auteur donne les exclusions suivantes :

1° La maladie des reins de Bright. Schneller range ici la diathèse hydropique, la chlorose.

2° Les hémorrhagies d'un caractère actif. Baucek n'a vu qu'un seul cas d'apoplexie cérébrale sur plusieurs centaines de typhus.

3° Les fièvres intermittentes. Dobler et Schoenlein ont vu régner simultanément les deux maladies : ils prétendent, avec Lippecteet Pauly, que le typhus se rencontre rarement avec la fièvre intermittente, surtout dans les lieux où ces dernières sont endémiques.

Remarque Il est curieux de voir comment des hommes dont le nom fait autorité dans la science tranchent cavalièrement les questions les plus graves; *et sequitur grex.*

4° Les névroses se combinent rarement avec le typhus.

5° Les *psychopathies* (Esquirol, Rose, Spurzheim) n'ont aucune tendance à se combiner avec le typhus.

6° Les dyscrasies goutteuses, l'ichthyose, la plique, la dyscrasie saturnine, n'ont été vues que rarement compliquées de typhus.

7° L'érysipèle (Eisenmann, Dobler et Skoda), la variole, la scarlatine, les rougeoles, présentent un certain antagonisme au typhus ; ce dernier s'oppose même au développement du vaccin.

8° Les inflammations primitives (Rokitansky, Engel), et même la morve (Engel) ne se combinent pas avec le typhus.

Remarque. A peine cette maladie commence-t-elle à être connue et prend-elle place dans le cadre nosologique, que déjà de prétendues autorités règlent à leur guise un point si important. Que doivent penser les hommes sérieux?

9° Les cyanoses (Rokitansky) ne s'allient point avec le typhus.

Remarque. L'exclusion du typhus dans les cas d'affections de la moelle épinière serait, si elle était démontrée, de nature à jeter un grand jour sur la question du typhus, que nous considérons comme une véritable affection cérébrale, ainsi que nous l'avons plusieurs fois répété depuis 1840.

10° Les dyssenteries (Rokitansky) repoussent le typhus.

Remarque. Voilà encore une distinction singulière. — Tout le monde n'a pas vu les suites de la retraite de Leipsick.

11° La grippe, ou *influenza*, de même que l'ophthalmie égyptienne, garantissent du typhus, comme le choléra.

12° La tubercolose (Andral, Rokitanski, Decondé, Dobler, Skoda, Engel, Sauer, Eisenmann) écarte le typhus.

13° Ainsi pour la cachexie cancéreuse (Rokitansky, Dobler, Dielt).

14° De même pour les affections organiques du foie.

15° De même pour le choléra asiatique.

16° De même, enfin, pour la fièvre puerpérale (Chomel, Rokitansky, Helm, Sauer).

Schneller termine son article par cette remarque très-judicieuse : que tout cela paraît un peu prématuré, et qu'il faut encore réunir une longue suite d'observations pour arriver à un résultat concluant.

Réflexion. Pour ce qui nous concerne, nous croyons que les maladies organiques étant seules anatomiquement connues, toutes les belles hypothèses ci-dessus deviennent nulles. L'ancien dicton : *Ex duobus doloribus major obscurat alterum*, a une autorité acquise depuis longtemps, et la pauvre humanité a déjà assez à faire pour soutenir la lutte contre ses innombrables ennemis isolés.

26. *Le typhus abdominal épidémique dans le district de Peilstein,* en 1840 et 1841; par le docteur Wagner, à Neufelden.

Toutes les bonnes observations de cette terrible maladie pouvant contribuer à élucider une question laissée indécise par les corps savants, nous pensons qu'une traduction littérale de cet article pourra être agréable à nos collègues belges : nous laisserons en conséquence parler l'auteur.

Pendant un séjour de dix ans dans le cercle de Salzbourg, nous eûmes plusieurs fois occasion d'observer le typhus abdominal sporadique et épidémique; mais jamais il n'eut une extension semblable à celle qu'il nous fut donné d'étudier environ deux mois après notre translation à Neufelden, district de Peilstein.

Le district de Peilstein, dans le Obermühlkreis, touche vers l'ouest à la Bavière : c'est une contrée montagneuse, boisée. Il comprend trois paroisses : Peilstein, Julbach et Kollerschlag, avec une population de 6,600 âmes. La paroisse de Peilstein est la plus grande : il s'y tient une foire qui a été le point central d'où l'épidémie s'est propagée vers les autres localités du district, jusqu'à Julbach même.

La foire de Peilstein, à une journée de marche de Lenz, siége, en forme de terrasse, sur une hauteur, dans la jolie vallée du Neülfliess, qui coule de l'ouest au sud-est. La vallée a environ 1 1/2 lieue de long; mais elle très-resserrée entre les montagnes boisées du nord et du sud, et exposée aux vents d'ouest. La foire ou le marché se compose de 66 petites habitations, la plupart misérables, en général encombrées d'une population nombreuse et pauvre, à laquelle l'agriculture et le tissage des toiles ne procurent qu'une existence pleine de privations. Comme dans les autres localités, le sol est peu fertile. Le climat est rude. La plupart des hameaux se composent de plusieurs petites fermes groupées sur la crête des montagnes. Cette constitution climatérique et le genre de vie des habitants disposent aux fièvres gastriques nerveuses, surtout lorsque l'atmosphère est longtemps froide et humide. Ces fièvres règnent sporadiquement tous les ans dans ce district, comme dans celui de Schlœgl, situé au nord du nôtre; néanmoins la fièvre nerveuse ne s'est plus montrée épidémiquement à Peilstein depuis 1805.

Pendant l'automne de 1839, des fièvres gastriques nerveuses sporadiques se manifestèrent dans le district de Scbœgl et dans la paroisse de Ulrichsberg, voisine de Peilstein. Un de ces malades fut transféré dans son domicile à Vordernschlag, paroisse de Peilstein; il mourut bientôt du typhus. Peu de temps après, plusieurs cas de cette maladie se déclarèrent dans cette même loca-

lité et dans le hameau voisin de Exenschlag. Un de ces malades fut, malgré la défense de la police, transféré pendant la nuit chez ses parents, à Peilstein, où il mourut le 2 novembre 1839.

Dans les mois de novembre et de décembre, presque toutes les personnes qui habitaient la maison mortuaire furent atteintes de fièvres gastriques qui, faute de soins, chez huit individus, dégénérèrent en typhus pendant le mois de janvier. Dès le mois de février, le typhus se propagea rapidement; en mars, il atteignit son plus haut degré d'intensité, puis diminua vers la mi-mai. Depuis le commencement de janvier jusqu'à la mi-mai 1840, le nombre des malades s'éleva à 77, dont 15 succombèrent. Tous habitaient la foire de Peilstein, et surtout les maisons qui avoisinaient le Friedhoff, alors encore existant, à travers lequel passent les aqueducs de la fontaine principale.

Peu d'étrangers fréquentaient à cette époque la foire de Peilstein, parce qu'il était devenu notoire que le typhus régnait dans cette localité; néanmoins les habitants de Peilstein visitèrent les malades, malgré l'avis donné par l'autorité. On r'ouvrit aussi la fontaine devenue suspecte, que l'autorité avait fait fermer, et l'on se servit de cette eau pour cuire les aliments et pour boire. Le printemps, froid et humide, fut suivi d'un été aussi très-humide, et le 22 juin, il survint un violent orage qui couvrit le sol d'une couche de grêle après une chaleur de 20 degrés Réaumur à l'ombre et à midi. Cet orage et cette grêle étant survenus d'une manière inopinée, nombre de personnes furent surprises, légèrement vêtues, dans les champs; la plupart, les pieds nus, étaient en pleine sueur, et elles durent regagner à demi vêtues leurs demeures passablement éloignées. Chez presque tous ces individus se manifestèrent en peu de temps les suites du refroidissement; car, dès le 24 juin, 75 personnes tombèrent subitement et presque à la fois malades, tant à Peilstein que dans les localités voisines, et l'épidémie se déclara de nouveau plus intense que la première fois. Cette quasi-seconde épidémie augmenta jusqu'à la fin de juillet, et se termina vers la mi-octobre, après avoir attaqué 202 individus, dont 177 guérirent et 25 succombèrent : à peu près la moitié de ces malades se trouvait encore à Peilstein. Quoique l'épidémie semblât complètement éteinte, il se manifesta encore de temps en temps quelques cas sporadiques, et malheureusement une servante atteinte fut encore transférée de Vorderschlag à Julbach, chez ses parents, et tenue cachée pendant quelque temps. Les suites ne se firent pas attendre; car, dès le mois de janvier 1841, la même maladie éclata dans le village et dans la paroisse de Julbach, comme antérieurement à Peilstein. Cependant

on parvint bientôt à dompter cette nouvelle épidémie ; car le peuple, convaincu que la non-observation des mesures sanitaires avait chaque fois eu les conséquences les plus fâcheuses, était devenu d'une obéissance parfaite. Le nombre des individus atteints ne s'éleva qu'à 27, dont 22 guérirent et 5 succombèrent ; et ce n'est qu'ainsi que se termina cette épidémie, après avoir pour ainsi dire parcouru trois périodes différentes.

Le nombre total des cas de typhus s'éleva, dans les paroisses de Peilstein et de Julbach, à 306, sur lesquels 261 guérirent et 45 succombèrent. Il serait néanmoins possible que ce nombre ne fût pas parfaitement exact ; car plusieurs cas légers peuvent avoir été célés. Sur les 306 cas connus, il y en avait 144 du sexe masculin, dont 20 moururent, 162 du sexe féminin, sur lesquels 25 succombèrent.

Voici le tableau du rapport d'âge :

AGE.	MALADES.	MORTS.
De la naissance à 7 ans.	9.	»
De 7 ans » 17 »	68.	6
De 17 » » 30 »	93.	16
De 30 » » 40 »	30.	3
De 40 » » 50 »	57.	8
De 50 » et plus.	49.	12
Totaux.	306.	45

Le plus grand nombre des malades se trouva par conséquent dans la période de 17 à 30 ans ; mais la mortalité relative fut plus considérable dans l'âge avancé.

Le nombre des malades fut le plus grand pendant les mois de juin, juillet et août ; la mortalité fut la plus forte en mars, juillet et août 1840.

Les femmes atteintes dépassaient le chiffre des hommes de 18 ; la mortalité des femmes a dépassé de 5 celle des hommes.

Chez la plupart de ces malades, on observa principalement les symptômes suivants :

Période des précurseurs. — Sentiment de faiblesse et d'anéantissement, lenteur, paresse des sens, abattement et tristesse, face pâle et amaigrie, quelquefois en même temps un peu injectée, avec coïncidence de céphalalgie frontale : celle-ci cessait par une épistaxis abondante ; anorexie, bouche sèche et chaude ; langue légèrement couverte de mucosités, très-rouge à la pointe et sur les bords ; dégoût, engouement, nausées, et souvent même vomissement d'un fluide aqueux.

Lorsque ces phénomènes avaient persisté quatre à cinq jours,

le malade entrait dans la première période (durant l'épidémie, les précurseurs manquèrent souvent tout à fait), *période fébrile.* Il survenait insensiblement de la soif; des frissons violents se déclaraient, suivis de chaleur; le pouls s'accélérait, il devenait petit; la peau était sèche; il se manifestait de l'insomnie ou un sommeil interrompu par des rêves et des borborygmes; le bas-ventre restait mou, mais un peu douloureux entre le nombril et la crête iliaque droite; les selles étaient liquides, boueuses ou aqueuses; les urines étaient rares, jaunâtres, muqueuses, sédimenteuses. Ces phénomènes se compliquaient parfois d'affections rhumatismales, catarrhales, qui appartenaient plus particulièrement au génie épidémique. C'est pendant cette période de quatre à cinq jours que l'exanthème fébrile, le changement topique sur la muqueuse et les glandes intestinales (exanthème de Schoenlein et Eisenmann) se formait comme crise, et que la fièvre survenait comme réaction de l'organisme général (1).

La maladie a parfois été domptée durant cette période par les secours de l'art, ainsi que par des crises provoquées par la nature médicatrice; cependant elle passait d'ordinaire, du septième au huitième jour après l'invasion, et quelquefois plus tôt, à la deuxième période (période nerveuse, période de l'ulcération?). Les symptômes continuaient en s'aggravant; les exacerbations fébriles avaient lieu surtout le soir; la céphalalgie, la soif, la sécheresse de la langue, et sa rougeur, allaient en augmentant : il en était de même de la douleur du bas-ventre; les déjections devenaient diarrhéiques, mal colorées, presque toujours sanguinolentes. Les phénomènes typhoïdes allaient en progressant. Cependant on observait rarement le météorisme; mais, en revanche, les hémorrhagies intestinales, terribles, allaient jusqu'à donner, à l'insu des malades, une à deux livres d'un sang fétide dans les 24 heures; ce sang était d'un brun foncé, et son évacuation était suivie d'une véritable prostration. Il est digne de remarque que cette période se compliquait rarement d'une affection inflammatoire des bronches et des poumons, accompagnée d'une toux fatigante et suivie d'une abondante sécrétion muqueuse. Le plus souvent cette sécrétion était d'un bon augure : il en était parfois de même de l'éruption miliaire qui se manifestait au début de la sueur. L'éruption consistait en de petites pustules comme des grains de millet, pleines d'une sérosité claire comme de l'eau; elles couvraient d'ordinaire le cou et la poitrine. Après la cessation de la diarrhée, il

(1) Voyez *Sicherers abdominal Typhus*, in *haesers repertorium.* Iena, 1840. B. I., Heft. 2, p. 67.

survenait souvent une constipation opiniâtre, accompagnée de grande agitation, d'anxiété et de douleurs abdominales.

Quand la maladie avait continué ainsi pendant quinze jours ou trois semaines sous l'empire des symptômes prémentionnés plus ou moins violents, alors la plupart des malades marchaient vers la convalescence, toutefois avec une remarquable lenteur; il survenait un sommeil profond, qui continuait un certain temps ; les douleurs intestinales se dissipaient petit à petit, et avec elles les diarrhées et les hémorrhagies.

Lorsque le malade entrait dans la troisième période (période putride?), alors, dès le commencement de la troisième semaine, et, dans quelques cas des plus opiniâtres, déjà dès le septième ou le neuvième jour, il survenait une prostration extrême, accompagnée d'épistaxis affaiblissantes et de déjections fétides, couleur de chocolat, du facies hippocratique, de pétéchies, de typhomanie, du décubitus, d'une respiration stertoreuse, accélérée, d'un enduit fuligineux de la bouche, d'une haleine fétide, etc.; et, dans ce cas, la mort survenait par apoplexie pendant le délire ou pendaut une syncope profonde.

On remarquait aussi, par anomalie, quelques cas de typhus très-légers ; c'étaient plutôt des dyspepsies. Ces malades n'éprouvaient point de symptômes fébriles, mais bien des borborygmes et une légère diarrhée. Chez les individus faibles, âgés, cette sorte de typhus se changeait souvent en une cachexie particulière avec affaiblissement et amaigrissement progressifs.

Quant à la terminaison de la maladie, rarement la convalescence se déclarait après des crises prononcées; le plus souvent elle avait lieu à la suite de métastases, ce qui la rendait alors en général très-lente. Les accidents consécutifs, surtout chez les jeunes gens, consistaient en des parotides et en abcès profonds aux extrémités: chez les individus plus âgés, c'était l'hydropisie, puis le marasme. La mort survenait en général pendant la seconde ou la troisième période typhoïde; les personnes âgées seules succombaient à la cachexie typhoïde. — On ne consentit qu'à deux autopsies sur de jeunes sujets; ils présentèrent, outre une grande émaciation, des ulcérations typhoïdes, en partie nettoyées, en partie cicatrisées, dans l'intestin.

De l'ensemble des phénomènes morbifiques mentionnés, il résulte que cette maladie épidémique était le typhus abdominal, qui, dans ces derniers temps, a si fortement attiré l'attention.

Nous croyons pouvoir dire, sous le rapport étiologique, que l'hiver de 1839 à 1840 a été également très-doux dans cette contrée montagneuse; qu'il est tombé peu de neige, mais que le

printemps et l'été ont été très-humides; que, dans le restant du district, la constitution épidémique prédominante a été inflammatoire, catarrhale, rhumatismale, et que le caractère gastrique n'a commencé à se montrer qu'en juillet. Quant aux circonstances locales, la vallée de Peilstein était particulièrement exposée aux vents humides d'ouest; les maisons de la foire de Peilstein étaient généralement très-humides et encombrées d'habitants; la misère y était générale. Plus tard, la crainte, la terreur, vinrent se joindre à ces causes. Le cimetière, déjà trop plein, se trouve au milieu de la foire, et même, comme nous l'avons dit plus haut, les tuyaux qui amènent les eaux à la fontaine principale traversent ce cimetière; ce qui formait une masse suffisante de causes capables de développer des miasmes et de faire naître le typhus chez la plupart des habitants de Peilstein. Mais ce qui prouve surtout que cette maladie était contagieuse, et que c'est surtout par la contagion qu'elle s'est propagée, c'est l'histoire de cette épidémie. Il faut encore remarquer que lorsqu'il mourait un de ces malades dans une maison ou dans une localité où aucun cas semblable ne s'était encore manifesté, peu de jours après la maladie se déclarait chez la plupart des habitants.

Quant au pronostic, nous avons malheureusement pu observer dans cette épidémie, comme dans une autre à Bischofshofen, dans le duché de Salzbourg, que les cas de typhus, même en apparence les plus légers, devenaient souvent presque subitement mortels, et que le danger était d'autant plus grand que les sujets étaient plus jeunes et plus vigoureux ; tandis que les individus plus faibles guérissaient. Il n'était pas rare de voir revenir à la santé des malades chez lesquels les symptômes les plus alarmants s'étaient manifestés; ce qui vient vérifier le mot du docteur Dietl : « Nulle maladie ne demande une plus grande circonspection (réserve) dans le pronostic que le typhus. » Le développement de métastases, de surdité, d'une expectoration abondante, la raucité, les saignements modérés par l'anus, étaient des signes favorables. Les avant-coureurs d'une mort certaine étaient des déjections fétides, couleur de chocolat, la stupeur, le délire furieux, les soubresauts des tendons, les pétéchies. Ces dernières étaient de deux sortes : les unes semblables à des piqûres de puces répandues sur tout le corps; les autres, rares, de la forme de lentilles, d'un brun pâle, ne se manifestaient que peu de moments avant la mort, autour des reins et à la région sacrée. Les urines, le décubitus et les éruptions miliaires ne donnaient aucun indice, ainsi que l'a également observé le docteur Skoda (1).

(1) *Medicinische Jarb.* W. 1842, p. 49.

La nature de cette maladie ne nous était pas encore connue d'une manière satisfaisante, aucun médicament n'ayant montré une action spécifique; et puis, comme dans cette épidémie il s'est présenté des cas où les malades ont été guéris sans avoir pris de médicaments, une thérapeutique palliative ou symptomatique était la seule indiquée. Nous avons, en conséquence, donné indifféremment les médicaments qui antérieurement avaient paru avantageux, en ayant égard à l'état des ressources que présentait la constitution du malade pendant les deux premières périodes.

Dans quelques cas rares où l'on avait recours au médecin dès le début de la maladie, nous donnâmes, sauf contre-indication, un vomitif d'ipécacuanha jusqu'à un ou deux vomissements. Nous n'enployâmes pas l'émétique, par crainte de la diarrhée. A ce vomitif nous faisions succéder, durant les deux ou trois premiers jours, lorsqu'il n'avait pas arrêté la maladie, une infusion de *calamus aromaticus* avec teinture aqueuse de rhubarbe, puis une infusion amère. Lorqu'il y avait constipation, nous donnions un laxatif de Vienne ou du calomel (1/2 à 1 grain par dose). — Lorsque ce traitement ne parvenait pas à enrayer la marche de la maladie, ou lorsque le patient était déjà entré dans la première période, nous ordonnions une infusion d'ipécacuanha avec du sel ammoniac; nous nous hâtions de faire appliquer un sinapisme sur l'abdomen; nous donnions une décoction de gruau pour boisson, ou une eau d'orge à laquelle nous ajoutions quelques gouttes d'élixir de Haller; nous continuions ce traitement, même quand il survenait une légère diarrhée. En même temps nous ordonnions une diète sévère, et nous recommandions d'éviter de trop chauffer les chambres. Si la diarrhée allait en augmentant, nous changions l'infusion susmentionnée en un *decoct. infusum ex rad. salep et rad. ipecacuanhæ*, ââ gr. x, *addendo extract. cham.*, gr. vj; nous faisions donner des lavements mucilagineux avec l'amidon, nous faisions appliquer des sangsues sur le ventre, et nous faisions faire des frictions avec l'onguent napolitain sur l'abdomen dès qu'il devenait douloureux. Chez bon nombre de malades, surtout en juillet, nous réussîmes à guérir radicalement par cette médication en deux à trois semaines : elle a été continuée pendant quelque temps encore chez ceux qui n'avaient réclamé les secours de l'art que pendant la deuxième période, ou chez lesquels cette période était arrivée malgré le traitement mentionné, parce que nous partions de l'idée que nonobstant les symptômes typhoïdes, il fallait encore avoir égard aux selles sanguinolentes. Nous ajoutions à l'infusion d'ipécacuanha 6 à 8 grains d'alun, et une plus forte quantité dans les lavements mucilagineux. Néanmoins, comme l'alun ne produisait

pas le bien que nous en avions attendu, nous avons substitué un *decoct. infusum ex cort. Chinæ fuscæ*, ℥ß ; *rad. ipecacuanhæ*, gr. x ; *acidi muriatici diluti et mucilaginis gummi arabici*, ou, plus souvent encore, le sulfate de quinine en poudre, ou dans une mixture de salep avec ipécacuanha, 3 à 6 grains par jour, afin de combattre en temps utile la prostration qui suivait ces pertes de sang épuisantes. Nous donnions pour boisson une décoction d'orge ou de salep avec un peu de vin. Ce traitement ayant été généralement heureux, nous avons évité de prescrire le sulfate de quinine à des doses plus élevées. Lorsque les symptômes typhoïdes allaient en augmentant, nous donnions une infusion de *florum arnicæ*, ʒjj ; *rad. ipecacuanhæ*, gr. x, *cum camphora*. Nous continuions le sulfate de quinine en poudre, les sinapismes, les vésicants, les lotions avec l'esprit de vin camphré et aromatique aux extrémités ; nous ajoutions souvent l'eau chlorurée à l'infusion, mais sans succès.

Lorsqu'il survenait des complications pneumoniques et bronchiques, ce que l'on observait assez souvent dans la deuxième période, l'expectoration muqueuse était ordinairement mêlée de stries de sang. Dans ce cas, nous donnions une *mixtura oleosa cum ammoniaco acetico*, ou un *decoctum altheæ cum sali ammoniacis*, ʒ iv-vj. Quand la toux était très-fatigante, nous administrions aussi une poudre consistant en une faible dose de soufre doré d'antimoine et d'extrait de jusquiame. Nous faisions en même temps appliquer des sangsues et des sinapismes sur la poitrine. Deux fois la saignée générale, pratiquée par le chirurgien à cause de la violence présumée de la pneumonie, a été pernicieuse. Nous ne faisions pas grandement attention à l'éruption miliaire sous le rapport thérapeutique. Dans le cas de constipation, nous donnions le laxatif de Vienne, l'huile de ricin, ou 1 à 2 grains de calomel combiné avec quelques lavements émollients.

Nous parvenions encore à sauver beaucoup de malades pendant cette période. Dans les convalescences traînantes, qui suivaient dans ces cas, nous continuions le quinquina pendant quelque temps encore, ainsi que le vin d'Autriche mêlé avec le salep ; nous prescrivions une diète légère, d'une digestion facile ; nous recommandions de ne pas tenir les malades trop chaudement. Les rechutes étaient presque toutes mortelles. Pour combattre les métastases, nous employions les cataplasmes émollients ; au décubitus, nous opposions un liniment camphré, et, dans ces cas, la guérison se faisait attendre jusqu'à la cinquième ou la sixième semaine.

Pendant la troisième période, tous les remèdes ont été infructueux ; on pouvait considérer les symptômes de cette période comme les précurseurs de la mort.

Le traitement par le calomel à haute dose, d'après Sicherce et Rörik (1), de même que les lavements avec le nitrate d'argent, recommandés par Ebers et Baudin (2), et les lavements avec l'hydriodate de potasse, préconisés par le professeur Sauer (3), n'ont jamais été mis en usage par nous. Nous doutons fort que leur emploi eût été utile; *et d'ailleurs les expériences étaient encore trop neuves* (1840) *et trop douteuses pour que nous eussions osé faire usage de ces traitements*, malgré quelques observations récentes qui paraissent parler en faveur du calomel à haute dose (4).

Sous le rapport de la police sanitaire, nous recommandions les précautions ordinaires.

De ce qui précède nous croyons pouvoir conclure :

a. Que le typhus abdominal était dans cette occasion une affection inflammatoire ayant son siége dans le canal intestinal;

b. Que le typhus était contagieux;

c. Que la méthode recommandée par le docteur Bischoff (de Alsenstern) contre la fièvre nerveuse iléite par l'ipécacuanha et le quinquina, s'est montrée avantageuse dans cette circonstance, comme au Lümmerthal et à Bischofschofen, dans le pays de Salzbourg.

BIBLIOGRAPHIE.

NOTICE PHYSICO-MÉDICALE SUR LA SAISON DES BAINS DE MER D'OSTENDE, EN 1844; par le docteur VERHAEGHE.

La saison des bains avait commencé, en 1844, sous les auspices les plus favorables : la douceur de la température et la sérénité de l'air pendant les mois de juin et de juillet annonçaient une saison précoce et brillante, lorsque le mois d'août, que l'on choisit généralement pour aller aux bains, vint apporter, par l'intempérie de l'air, les vents violents et la fréquence des pluies, quelque chose de sombre dont les effets se sont fait sentir pendant le reste de la saison. Mais si l'atmosphère se montrait peu favorable aux promeneurs, la mer, par contre, offrait aux bai-

(1) *Haser's Archiv. für die gesammte heilkunde.* — Iena, 1840, B. 1, heft. 1, p. 67 et 78.

(2) *Haser's Repertorium*, B. 1, heft. 1, p. 10, *und frorieps Notizen*, 1827, B. 3, p. 126.

(3) *Medicinische Jahrbücher*, B. 22, p. 682.

(4) *Medicinisch Jahrbücher.* Wien, 1844, *und Schoenleins Clinische Vrotrage*, heft. 1, p. 4.

gneurs une large compensation. L'eau en effet se trouvait dans les meilleures conditions pour que les bains fussent rendus aussi efficaces que possible. Sans cesse battue par les vents, la surface de la mer éprouvait des oscillations profondes, et les fortes vagues qui en résultaient ne contribuaient pas peu à augmenter leurs effets salutaires.

Mais, s'il est bon de savoir que ces sortes de bains sont très-efficaces, il ne l'est pas moins de savoir qu'on ne saurait rester impunément dans l'eau au delà d'une durée convenable. Il est de règle générale que plus l'eau est froide et les vagues fortes, moins on peut y séjourner. Plus d'un exemple a démontré la vérité de cette règle, et bien des baigneurs ont eu à regretter de l'avoir ignorée ou outrepassée.

Une autre remarque, non moins importante, que cette saison nous a mis à même de vérifier, c'est la rareté des rhumes au bord de la mer. Malgré la température relativement froide du mois d'août, pendant lequel le thermomètre montait rarement au delà de 13° R., et l'humidité de l'air, on n'entendait point parler de rhumes parmi la société des baigneurs ; cependant il s'y trouvait grand nombre de personnes délicates et très-sujettes à se refroidir, qui ne craignaient point de braver l'intempérie de l'air, persuadées qu'elles étaient que le vent de la mer ne pouvait nuire. Nous expliquons ce fait remarquable par l'agitation permanente de l'air de la mer, qui, comme l'a si bien demontré M. Edwards (1), exerce une heureuse influence insensible sur la transpiration cutanée, en l'augmentant en raison directe de la force des courants atmosphériques ou de l'agitation ; de sorte que cette fonction peut-être portée au triple et même au quadruple de ce qu'elle est dans un air calme : et comme elle est si intimement liée à l'évaporation qui a lieu à la surface de la membrane muqueuse des voies aériennes, de telle sorte que, lorsque l'une est diminuée, l'autre est augmentée, il va sans dire que l'activité augmentée de la première laisse la muqueuse des voies respiratoires dans un calme parfait, et la soustrait ainsi aux effets des causes perturbatrices.

Qualités physiques de la mer.

La température de la mer a varié entre 10° et 15 1/4° R. Elle n'a atteint qu'une seule fois ce dernier degré ; c'était au 24 juillet, un des jours les plus chauds de toute l'année. La température moyenne pendant la saison était de 12 1/2°.

(1) Edwards, *De l'influence des agents physiques sur la vie*, page 327.

La sensation de froid que cette température parait devoir produire à la surface du corps est puissamment contre-balancée, à la mer, par le choc des vagues qui viennent se briser incessamment et avec force contre le corps du baigneur. Il en résulte que celui-ci doit se tenir, en quelque sorte, dans une contraction musculaire permanente, afin de pouvoir résister à ces chocs répétés. Cet exercice corporel, et l'irritation que cause à la peau la nature saline de l'eau, augmentent nécessairement la somme de chaleur animale produite dans l'organisme; de sorte que le calorique soustrait par le froid de l'eau à la surface du corps se trouve aussitôt remplacé. La réaction qui succède à un pareil bain est bien plus vive, dure plus longtemps qu'après un bain ordinaire, et ne contribue pas peu à l'action salutaire de la cure.

L'auteur entre ici dans quelques considérations très-intéressantes sur la phosphorescence de la mer, que les bornes d'une analyse ne nous permettent pas de reproduire.

Electricité de la mer. — Une question du plus haut intérêt est celle de savoir si la mer possède une électricité qui lui soit propre. Si l'existence de cette électricité était prouvée, elle expliquerait le mode d'action des bains de mer dans une foule de maladies où l'on est obligé actuellement de se contenter de raisonnements plus ou moins hypothétiques.

Du mode d'action des bains de mer et de leurs effets en général.

Nous ne saurions assez insister sur l'action *résolutive-tonique* qui résulte d'un usage méthodique et prolongé de ces bains, action à laquelle concourent plusieurs causes que nous n'analyserons pas ici, et qui sont : la température de l'eau ; sa nature saline ; sa densité ; le choc des vagues ; l'air vif et pur de la mer ; l'émotion à laquelle on se soustrait difficilement au moment d'entrer dans les bains ; et enfin l'influence que le séjour au bord de la mer exerce incontestablement sur les habitants de l'intérieur du pays. L'observation journalière confirme cette théorie *d'une double action*, de manière à ne laisser aucun doute sur son existence, et il est facile au médecin de faire prédominer l'une ou l'autre de ces vertus curatives d'après les indications de l'état maladif du baigneur et la manière d'administrer le remède. Ainsi, l'action résolutive est favorisée : 1° par la durée des bains (de 5 à 15 minutes) ; 2° par l'usage à l'intérieur de l'eau de mer ou d'autres eaux minérales résolutives ; 3° par l'usage de deux bains par jour, et enfin en associant aux bains l'action si puissante de la douche.

L'action tonique est favorisée : 1° par des bains de courte durée (1 à 5 minutes) ; 2° par l'usage des eaux ferrugineuses, et 3° en ne prenant qu'un seul bain par jour, que l'on peut faire alterner avec des bains de pluie ou de douche.

Tout le monde comprend parfaitement les effets hygiéniques des bains, et sait que la conservation de la santé est intimement liée à la transpiration tant insensible que sensible de la peau. C'est en effet par cette voie que le sang se débarrasse d'une foule de matières hétérogènes ou malfaisantes, et qu'il absorbe une certaine quantité d'oxygène.

L'homme à l'état sauvage a le corps incessamment exposé à la libre action de l'air qui dissout les humeurs à mesure qu'elles se font jour à travers les pores de la peau : aussi est-il bien rarement malade. Mais à l'état de civilisation, espèce de vie artificielle, si l'on peut s'exprimer ainsi, l'air n'arrive en contact avec la peau qu'après avoir traversé plusieurs couches de vêtements : il résulte évidemment de là que la matière de la transpiration s'amasse à la surface de la peau, y forme, à la longue, une couche de crasse, espèce de vernis qui s'oppose à l'oxygénation du sang et à la libre évaporation des humeurs excrémentitielles. De là des désordres dans la composition du sang, et ensuite dans les solides du corps humain. Il est reconnu que les animaux dont on enduit le corps avec une matière glutineuse, afin d'y empêcher l'évaporation, ne tardent pas à tomber dans une espèce d'émaciation, et qu'après leur mort on trouve différentes altérations pathologiques profondes, et même des tubercules. Ceux dont on enduit la totalité du corps, de sorte qu'aucune évaporation n'est plus possible, meurent rapidement par une véritable asphyxie.

Nous pouvons avancer, sans crainte d'être contredit, que les trois quarts au moins des maladies qui affligent l'espèce humaine proviennent d'une diminution lente ou d'une suppression partielle ou totale de la transpiration insensible de la peau.

Au nombre des agents que la nature a mis à notre usage comme moyens d'agir sur la peau, il n'en est point qui soient plus efficaces que les bains de mer. Non-seulement ils entretiennent la propreté de cette membrane, mais ils la fortifient d'une manière remarquable. Les radicules nerveuses qui viennent s'y épanouir en reçoivent une stimulation incessante ; celle-ci ajoute à l'énergie vitale en s'irradiant aux principales fonctions. Avec eux le système des vaisseaux capillaires accroît sa tonicité ; la circulation s'accélère, la nutrition s'active, et l'exhalation cutanée s'exécute avec plus de force et de facilité. Enfin, tous les mouvements organiques qui ont leur siége dans la trame cutanée

reçoivent des bains de mer une activité qui se propage à tout l'organisme.

L'action de ces bains ne se borne pas à la peau ; mais des effets d'un ordre secondaire se manifestent bientôt. L'appétit se réveille, les digestions lentes deviennent plus promptes et plus faciles. La sécrétion urinaire n'est pas moins activée que la transpiration cutanée. Enfin, tout l'organisme se ressent de cette énergie nouvelle et remplit ses mouvements avec plus de force et de régularité.

De l'emploi des bains de mer dans le rhumatisme et la goutte chroniques.

Un grand nombre de malades venus aux bains de mer pour se guérir d'affections rhumatismales et goutteuses rebelles ont tous, à très-peu d'exceptions près, obtenu des effets qui ont dépassé les espérances.

Les médecins des bains de mer auront souvent occasion de vérifier que ces bains ont droit à la plus grande confiance, non-seulement comme remède préservatif, mais aussi comme moyen curatif du rhumatisme.

Dès les premiers jours de la cure, les malades ne demandent pas mieux que de pouvoir quitter les peaux de chats et les vêtements de laine épaisse qui leur sont devenus une véritable charge ; ils ne craignent point de se mouvoir toute la journée, exposés à l'air de la mer qui semble leur faire un bien immense.

Après dix ou douze bains, ils commencent à apercevoir dans l'urine un sédiment rougeâtre, quelquefois de petits cristaux qui adhèrent au vase, et même du sable graveleux. Ces dépôts sont évidemment des indices d'une crise salutaire qui s'opère dans l'organisme. Souvent, vers la même époque, surviennent des transpirations nocturnes, et parfois une recrudescence des douleurs que les premiers bains avaient fait disparaître : qu'ils ne s'en épouvantent pas, tout cela se lie à un mouvement critique et ne tarde pas à s'évanouir définitivement. Enfin, bien peu d'entre eux quittent la mer sans être notablement soulagés, si toutefois ils ne sont pas totalement guéris de leurs souffrances.

Du mode d'action des bains de mer dans la scrofule.

N'importe la forme sous laquelle la scrofule se montre, les bains de mer sont un moyen précieux qu'on ne saurait trop recommander aux praticiens et que nous ne craignons pas de qualifier de spécifique.

Nous trouverons la source de leurs salutaires effets, d'une part, dans l'action de l'air vif et pur de la mer sur la respiration pulmonaire, et, d'une autre part, dans l'action de l'eau de mer tant à la surface du corps que portée dans la profondeur de l'organisme.

Tous les médecins sont unanimes pour trouver dans la respiration d'un air pur et vif un des moyens hygiéniques les plus puissants contre la scrofule. Soustraire les malades aux influences hygiéniques au milieu desquelles la maladie s'est développée, les placer dans des conditions physiques, géographiques et atmosphériques opposées, voilà la première règle du traitement. Eh bien! nous demanderons aux médecins qui ont respiré une fois au bord de la mer s'ils connaissent un air qui réunisse mieux les conditions voulues, que celui qui règne à la surface des mers?

Que l'on se figure ici le corps d'un sujet scrofuleux, nageant, pour ainsi dire, sans cesse dans un air aussi vif : la transpiration insensible, augmentée d'une manière aussi considérable, éliminera de son corps une masse de molécules hétérogènes; tandis que, d'un autre côté, une plus grande quantité d'oxygène sera portée dans la masse du sang. L'hématose, rendue ainsi plus parfaite, fera changer ce corps étiolé et pâle, et lui fera prendre insensiblement une habitude extérieure plus en harmonie avec une bonne santé.

Nous croyons ne pas devoir chercher ailleurs que dans cette source la cause de cette santé brillante qui caractérise la population maritime, parmi laquelle la scrofule et la phthisie sont presque inconnues. Une statistique de la mortalité à l'hôpital civil d'Ostende établit qu'ici la phthisie pulmonaire n'entre que pour un ving-cinquième dans la mortalité générale. De pareils résultats parlent plus haut que tous les raisonnements, et dispensent de tout commentaire.

Nous comptons par centaines les scrofuleux qui ont trouvé la guérison dans les bains de mer.

C'est pour augmenter, autant qu'il est en notre pouvoir, l'introduction de ces sels dans la masse du sang, que nous administrons à tous nos scrofuleux indistinctement l'eau de mer sous forme de boisson, à la dose d'une demi-pinte le matin, et autant le soir. Pour les enfants, nous bornons la quantité à un verre à vin.

Administrée ainsi, cette eau contribue activement à la vertu résolutive des bains de mer : c'est encore dans cette vue que nous faisons panser les ulcères avec des plumasseaux et des compresses trempés dans l'eau de mer et tenus constamment mouillés.

Pour être employée à l'usage interne, l'eau de mer doit être filtrée à travers du papier brouillard, ou bien à travers du coton brut qui retient ainsi le mucus et les petits animaux qui y existent en nombre quelquefois immense, et qui lui donnent ce goût nauséabond que tout le monde connaît. Un autre moyen qui rend l'eau de mer moins désagréable au goût, c'est son mélange avec une certaine quantité de gaz acide carbonique.

De l'emploi des bains de mer pendant la grossesse.

Aujourd'hui que l'emploi de l'eau froide en médecine a pris une si grande extension, l'état de grossesse ne peut plus être considéré comme contre-indication des bains de mer, bien entendu chez les personnes dont l'état maladif en réclame l'usage.

Indépendamment des avantages de ces bains comme anti-abortif, chez les femmes délicates et nerveuses, dont la plupart ne peuvent dépasser les premiers mois de la grossesse sans voir s'évanouir leur espoir de devenir mère, il est d'autres incommodités, dépendant de l'état de grossesse même, contre lesquelles les bains de mer nous ont paru être très-utiles.

M. Verhaeghe rapporte ici l'histoire d'une dame qui, pendant une de ses grossesses, était tourmentée de varices très-volumineuses. Dans les deux dernières, M. Verhaeghe lui conseilla l'usage des bains de mer : les varices ne se montrèrent plus, et l'accouchement comme ses suites furent des plus heureux.

Sans rien préjuger de l'emploi des bains de mer pendant la grossesse, à part les cas où ils sont indiqués comme anti-abortif, l'auteur croit devoir pour le moment se borner à constater les cas où ils ont été suivis de bons résultats.

—

Le mémoire de M. le docteur Verhaeghe est digne de fixer l'attention des médecins ; nous n'avons pu nous étendre plus longuement sur ce travail, mais ce que nous en avons dit suffira pour en faire apprécier la valeur.

Nous nous sommes attaché à conserver les points les plus saillants de cette notice, surtout en ce qui concerne la partie médicale ; nous renvoyons pour le surplus au tome VI des *Annales de la Société médico-chirurgicale de Bruges*, où le mémoire est inséré intégralement. Dr D.

VARIÉTÉS.

PETITE EXCURSION MÉDICALE.

(Suite et fin : *voir le n° d'octobre* 1845, p. 133.)

Je vous ai promis, cher confrère, de vous faire faire connaissance avec la personne qui voulut bien me servir d'introducteur à la Salpêtrière, et je veux tenir mes engagements : son nom est Charles Teste, philosophe d'une haute portée, ami de Trélat, pur, austère, dévoué et pauvre comme lui — quoique frère d'un ancien ministre occupant aujourd'hui un des postes les plus éminents de la magistrature — et qui préféra toujours une pauvreté honorable aux offres séduisantes d'un pouvoir en dehors de ses principes. Sa vie fut toute d'abnégation comme celle du médecin de la Salpêtrière : à sa famille les faibles ressources que lui procure un pénible travail; à l'humanité pauvre et ignorante tout le temps que lui laisse son travail ; à lui les soucis, la gêne, les persécutions ; car cet apôtre de l'humanité eut les siennes à subir aussi. Sa modeste chambre est devenue l'école du pauvre ouvrier, et, deux fois la semaine, il va partager avec Trélat le bonheur, inconnu au commun des hommes, de consoler et d'instruire une classe de malheureuse que la société réprouve ; car c'est lui que vous venez de voir assis à la table des idiotes. Le passage suivant des *Guêpes* d'Alphonse Karr (novembre 1841) vous apprendra mieux à connaître les deux philanthropes dont je viens de vous entretenir :

« Je sais aussi, — Parisiens, — qu'il se fait au milieu de vous une belle et noble chose sans que vous en sachiez rien.

« La Salpêtrière est un hospice où on reçoit les vieilles femmes et les folles.

« Il faudrait deux millions aux directeurs pour faire seulement les améliorations nécessaires. — C'est un établissement grand comme une ville et qui fait vivre 6,000 personnes, — et où sont les deux plus grandes misères de la vie humaine : la vieillesse et la folie.

« Ces pauvres créatures,— secourues par une charité impuissante,— sont mal vêtues, — mal couchées; — la maison n'est pas assez riche.

« Les folles incurables ont depuis peu pour médecin M. Trélat : — c'est un homme doux et persévérant, prenant en pitié ces malheureuses, et cherchant ce qu'il pourrait donner de distractions à leurs maux, — puisqu'il ne peut les guérir. — Il a imaginé de les faire chanter ; — elles y ont pris goût, et s'en sont bien trouvées ; aujourd'hui elles apprennent à lire.

« Cette pensée, conçue par la bonté du médecin, est exécutée par deux hommes qui accomplissent gratuitement une tâche d'une difficulté qu'on se représente facilement, — et s'astreignent au spectacle le plus attristant.

« Ces pauvres folles aiment leurs professeurs et leurs leçons ; — elles accourent en classe dès qu'elles les voient entrer ; — celles qui n'y sont pas admises encore n'ont d'autre ambition que d'y entrer.

« Quelques-unes déjà lisent couramment et déchiffrent un peu la musique.

« La musique est montrée par le collaborateur de M. Wilhem.

« La lecture par un instituteur, M. Teste, — le frère du ministre.

« C'est un homme de 60 ans (en 1841), — qui gagne sa vie par son travail, — n'a jamais rien voulu accepter de son frère, — et, n'ayant rien à donner, trouve moyen encore d'être généreux en donnant son temps et son travail.

« D'autre part, on les fait travailler à l'aiguille, ainsi que les aveugles et les

sourdes-muettes. L'ouvrage que font ces malheureuses est fait parfaitement, — plus promptement que par les ouvrières de la ville; mais *il manque des acheteurs.*

« Voilà les annonces que j'aime à faire et que je ferai tant qu'on voudra. »

—

Je vous dirai peu de chose des cours professés au local de l'École, où je ne suis entré qu'une seule fois. Piorry était en chaire ; il y exposait, je pense, la théorie de la fièvre intermittente, d'où il a pris occasion de parler de certaine camaraderie médicale. — Beaucoup de mots bien sonores, et en substance rien.

MÉDECINS ORISTES.

C'est une chose vraiment étrange que cette espèce de mépris qui s'attache à certaines parties de la pathologie, comme si tous les points de l'organisme n'avaient pas le même droit à la sollicitude du médecin. Me dira-t-on pourquoi tout médecin *qui se respecte un peu* rougirait d'avouer qu'il s'est occupé des maladies de l'oreille ; pourquoi l'on n'en parle dans les cours et dans les traités de chirurgie que pour ne pas laisser de lacune? —Serait-ce que la chose n'en vaut pas la peine? Mais le sens de l'ouïe est, sans contredit, le plus important, c'est le sens éminemment social et progressif, celui sans lequel l'homme reste isolé au milieu de la société; et quant à son influence sur le bonheur individuel, consultez le sourd et l'aveugle, et voyez lequel des deux est le plus affligé de son infirmité.—Serait-ce à cause de l'obscurité qui enveloppe la pathologie de l'appareil auditif? Mais mettez-vous à l'œuvre, peut-être quelque nouvelle lumière jaillira-t-elle de vos recherches.—Serait-ce pour les difficultés que présente le manuel opératoire ? Un pareil motif ne peut être admis. Maintenant ai-je profané ma toge doctorale? Jugez-en ; mais au moins ce n'est pas ainsi que j'ai compris mes devoirs de médecin, et au risque de me voir relégué parmi les spécialités — ce qui ne m'a pas manqué — je me suis permis d'étudier les maladies de l'oreille et de m'exercer au mécanisme de leurs opérations... Mais, silence! j'entends crier: A la réclame! — Je vous dirai donc qu'en ma qualité de médecin oriste, je me fis un devoir, en même temps qu'un plaisir, d'aller rendre visite aux deux médecins les plus renommés dans cette spécialité : Deleau, jeune, et Ménière, successeur d'Itard, médecin de l'Institut royal des sourds-muets. Un heureux hasard me fit rencontrer chez le premier le docteur Turc, médecin oriste de Hambourg. Deleau était occupé à sa consultation. Je vis dans son cabinet un cas fort rare de surdi-mutité occasionnée par un état catarrhal des trompes et de l'oreille moyenne. Le sujet qui le présentait était un enfant d'une douzaine d'années, appartenant à la classe pauvre. L'audition n'avait, à coup sûr, jamais été abolie chez lui ; et je ne doute pas qu'il n'ait toujours pu entendre bien distinctement le mouvement d'une montre appliquée contre le pavillon de l'oreille, et surtout contre les parties dures qui l'environnent. C'est là un des caractères de la surdité catarrhale non compliquée ; et il faut qu'il en soit ainsi : les nerfs auditifs ne sont pas compromis dans cette affection ; la surdité ne résulte que de l'engouement de la caisse, s'opposant à la transmission des ondes sonores; tandis que rien n'empêche que l'ébranlement communiqué aux parties dures par le mouvement de la montre ne se transmette aux nerfs.

Ce genre de surdi-mutité est le seul curable, au moins jusqu'aujourd'hui. L'enfant était en traitement depuis quelque temps lorsque je le vis. Les seuls

moyens qui eussent été mis en usage étaient les douches d'air introduites dans l'oreille moyenne à l'aide de la sonde. Une amélioration notable s'était déjà manifestée; l'enfant entendait la montre à plusieurs pouces du pavillon; il ne fallait pas bien élever la voix pour s'en faire entendre, et déjà il avait appris à répéter quelques mots assez distinctement. L'amélioration eût certainement fait des progrès plus rapides, comme l'observa le médecin, si l'indigence et l'incurie des parents n'avaient nui aux effets des moyens curatifs.— Je le pense comme lui.

Vous voyez par ce qui précède que le fait de la surdi-mutité n'exige pas nécessairement une absence totale des facultés auditives : c'est qu'il faut une certaine finesse d'ouïe pour percevoir les nuances variées du son accentué et complexe de la parole. Un certain degré de surdité n'empêche pas la voix de s'entendre; mais la parole n'est pas perçue, et le sujet doit suppléer à l'ouïe par une étude attentive des mouvements des lèvres, où il parvient souvent à lire avec une extrême facilité.

J'ai mis au concours, l'an dernier, une question conçue en ces termes : « *Préciser le diagnostic des surdités nerveuses, et indiquer les moyens les plus propres à y remédier*, » question à laquelle personne n'a répondu (1). Effectivement, le mystère de ces surdités est profond : Deleau et Ménière se trouvent aussi embarrassés que tout autre devant ces tristes affections ; mais s'ensuit-il que j'aie proposé une question insoluble, comme on me l'a reproché ? Je ne le pense pas, et quelques faits venus à ma connaissance depuis l'ouverture du concours, quelques résultats obtenus, me confirment davantage encore dans cette opinion.

Kramer, de Berlin, dit avoir obtenu de beaux succès par les douches éthérées dans l'oreille moyenne; Jobert (de Lamballe), par le galvanisme introduit dans la même cavité, à l'aide de l'acupuncture. Eh bien ! j'ai répété leurs essais un grand nombre de fois, leurs procédés ont été suivis à la lettre, et je ne puis expliquer des résultats si éclatants que par une erreur de diagnostic.

Je n'ai rencontré chez Ménière que quelques surdités nerveuses et une otorrhée avec ulcération du tympan. Ce médecin donne la préférence aux douches d'éther sulfurique dans les premières : il dit avoir observé qu'elles ont une action plus sédative et qu'elles calment mieux les bourdonnements que la vapeur d'acide acétique. Kramer émet l'opinion opposée. — A qui croire ?

Au surplus, rien de nouveau en otologie, si l'on en excepte quelques modifications assez insignifiantes dans les instruments et les appareils. Le progrès le plus incontestable dans cette partie comme dans l'ensemble de l'art, c'est peut-être d'avoir fait justice d'une foule de moyens inutiles ou dangereux qui courent encore le monde, et que le praticien aussi bien que l'écrivain acceptent trop souvent sans mûr examen ; c'est d'avoir ramené l'art à des procédés simples et rationnels, et surtout d'avoir rattaché les affections des organes auditifs à l'étude des lois générales de la pathologie. C'est ainsi que j'entends la spécialité : elle ne doit, elle ne peut exister que comme partie intégrante d'une science qu'il faut posséder avant tout : mais, envisagée sous ce point de vue, je la crois et je la soutiens avantageuse. D'ailleurs, les spécialités sont dans la nature même des choses ; elles tirent leur origine, soit de la prépondérance originelle de certaine faculté, soit de la nécessité qui amène

(1) Le concours restera ouvert jusqu'au 31 décembre 1846. — Prix : une somme de MILLE FRANCS. — La commission pour l'examen des mémoires à présenter a été nommée dans le sein de la SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES, et l'auteur de la question — qui fait partie de cette société — a été chargé du rapport sur ces mémoires.

jusqu'à certain point cette prépondérance. Existe-t-il un seul médecin qui n'ait sa spécialité? Je n'en connais pas d'exemple, là même où la loi ne la rend pas obligatoire. Ne faites donc ni chirurgien, ni médecin, ni accoucheur; mais faites tout cela à la fois, c'est-à-dire, mettez le jeune docteur dans la possibilité d'être l'un ou l'autre à volonté, et permettez-lui d'opter: son goût ou les circonstances le décideront bientôt. Après cela, qu'on établisse des catégories si l'on veut,—bien que toute division soit presque sans objet;—mais ne pas exiger d'un médecin qu'il sache mettre un appareil, panser une blessure, terminer un accouchement lorsque les circonstances le commandent; permettre qu'un chirurgien, appelé d'urgence, se récuse comme incapable devant une affection interne, tranchons le mot, c'est plus qu'une absurdité!

Dr Delstanche.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE LA PROVINCE D'ANVERS (établie a Willebroeck).

Concours de 1846.

La Société accordera une médaille en or, de la valeur de cent francs au moins, au meilleur mémoire : « Sur le service sani-« taire des indigents dans les communes rurales. »

Des médailles en vermeil seront aussi accordées aux meilleurs mémoires en réponse aux questions suivantes :

1° « Donner la topographie et la statistique médicales d'un ou « de plusieurs cantons ruraux de la province d'Anvers ; exposer « les maladies qui y règnent le plus fréquemment, et décrire, « pour chacune d'elles, le genre de traitement qui offre le plus « de chances de guérison. »

N. B. Les topographies des cantons d'Heyst-op-den-Berg, Contich, Eeckeren et Willebroeck, ayant déjà été adressées à la Société, ne font par conséquent plus partie du concours (1).

2° Au meilleur mémoire manuscrit qui aura été envoyé, dans le courant de l'année, à la Société, « sur un sujet quelconque « dont le choix est abandonné à l'appréciation de son auteur. »

Des médailles en bronze seront encore accordées : « à tous les « mémoires manuscrits qui seront envoyés dans le courant de « l'année, et qui seront jugés dignes de l'impression. »

(1) La Société ayant, par une décision récente, retiré du concours la question qu'elle avait proposée pour l'art vétérinaire, celle-ci ne fait par conséquent plus partie du programme.

Les mémoires manuscrits, écrits lisiblement, en français, en flamand ou en latin, seront adressés, dans les formes académiques, avant le 1er juin 1846, au président de la Société, le docteur H. Van Berchem, à Willebroeck, siége de la Société.

Les membres effectifs de la Société sont seuls exclus du concours.

BULLETIN

DE

L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE

DE

BELGIQUE.

ANNÉE 1844-1845. — N° 11.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE

DU 26 OCTOBRE 1845.

M. Vleminckx, *Président;*
MM. Graux *et* Lombard, *Vice-Présidents;*
M. Sauveur, *Secrétaire,* et M. Tallois, *Secrétaire-adjoint.*

L'Académie entre en séance à deux heures et demie.

M. Sauveur appelé à rendre compte des travaux de la Compagnie, pour l'année 1844-1845, s'exprime en ces termes :

Messieurs,

La solennité qui nous réunit tous les ans à pareille époque, ramène pour moi le devoir de vous faire un exposé des travaux de l'Académie. Je viens m'acquitter de cette tâche pour la quatrième fois, et malgré les obli-

gations qu'elle m'impose, je l'accepte toujours avec d'autant plus de plaisir, que chaque pas que la Compagnie fait dans la carrière qui lui est ouverte, m'est une nouvelle preuve des services qu'elle est appelée à rendre à la science et à notre pays.

Mieux partagée que la plupart des autres corps savants, l'Académie jouit de l'avantage de pouvoir fixer l'attention du Gouvernement sur tous les objets d'intérêt général qui rentrent dans ses attributions. Sa position n'est pas moins favorable au point de vue de la science, car ses membres, répandus sur tous les points du royaume et observant sous des conditions hygiéniques et professionnelles différentes, sont incessamment à même de combiner leurs travaux, de les faire marcher avec ensemble, de les vérifier en quelque sorte l'un par l'autre, et de centraliser ainsi dans le sein de la Compagnie, tous les résultats de leurs observations. A ces moyens d'action viennent se joindre les relations que l'Académie entretient avec les autres sociétés médicales nationales et étrangères. On peut donc dire, Messieurs, que notre Compagnie réunit tous les éléments propres à assurer en Belgique l'avenir des sciences qu'elle cultive, et que déjà même elle a fait dans les voies fécondes où elle est entrée, autant de progrès que peuvent le permettre quatre années seulement d'existence.

Les sociétés savantes sont à la fois utiles par les recherches qu'elles provoquent, par la bonne direction qu'elles impriment aux études, par les encouragements et les récompenses qu'elles accordent à ceux dont le zèle et les méditations ont été le plus profitables à la science, etc.; mais un de leurs plus grands avantages est de procurer à leurs membres les moyens de se réunir, de se connaître

pour se mieux comprendre, de s'éclairer et de s'instruire mutuellement, et enfin, de s'occuper des questions dont la solution ne peut être le partage d'un seul homme. Vous avez reconnu, Messieurs, l'utilité de cette communauté de travaux, en adoptant la proposition qui vous a été faite au sujet des maladies de la classe ouvrière, car chacun de nous est appelé à concourir à cette œuvre, dont on peut attendre les plus heureux résultats. C'est dans la même pensée que, dans le rapport de l'année dernière, j'émettais le vœu de vous voir jeter les bases d'un travail plus important encore, l'étude des maladies des saisons, observées en même temps sur tous les points du royaume. A côté de ces questions vient se placer l'étude des épidémies, qui sont à l'histoire médicale des peuples, ce que les révolutions politiques sont à l'histoire des empires. En abordant cette matière, à laquelle vous lierez l'étude des épizooties, vous ne perdrez certainement pas de vue, Messieurs, que l'histoire des affections épidémiques et endémiques ne peut réellement servir aux progrès de la science, qu'autant que les faits dont elle se compose ont été bien observés, bien appréciés, et coordonnés dans un ensemble qui ne laisse aucun doute sur leur juste valeur.

A la suite de ces travaux dont vous aurez bientôt à vous occuper, arrivent ceux que vous avez entrepris pendant l'année qui vient de finir, et dont je vais parler en peu de mots.

Lavoisier a fait connaître, le premier, que les changements que le sang éprouve dans l'acte respiratoire, sont dus à la combinaison d'une partie du carbone et de l'hydrogène de ce liquide avec l'oxigène de l'air inspiré, et qu'à cette combinaison se rattache le développement

de la chaleur dans les animaux à sang chaud. Les physiologistes adoptèrent d'abord ces idées, mais ils cherchèrent ensuite à les combattre, parce qu'elles leur paraissaient incompatibles avec l'uniformité de la chaleur répandue dans tous les organes, et qu'en admettant que la combustion du carbone et de l'hydrogène ait exclusivement lieu dans les poumons, il faudrait reconnaître que la température de ces derniers organes, devrait être beaucoup plus élevée. Ces objections, en apparence très-fondées, engagèrent les chimistes à modifier la théorie de Lavoisier, et l'un d'eux, le professeur Magnus, de Berlin, établit à la suite de quelques expériences, que la combustion du carbone et de l'hydrogène du sang, ainsi que la production de la chaleur animale, s'opèrent dans les tissus capillaires des organes, les poumons étant uniquement chargés d'aérer le sang et de donner issue aux produits de la respiration. M. Martens a combattu cette théorie dans un Mémoire lu à l'Académie royale des sciences et belles-lettres de Bruxelles (1), et dans la notice qu'il nous a présentée sur le même sujet, notre collègue développe ce travail, en l'appuyant d'expériences sur la solubilité relative des gaz de l'atmosphère dans le sang. Dans son opinion, l'absorption de l'oxigène par ce liquide dans l'acte respiratoire, ne peut pas être un simple phénomène de solution, comme le prétend M. Magnus, et il persiste à penser avec Lavoisier, que c'est dans les poumons et non dans le système capillaire des organes, que se passent les phénomènes chimiques de la respiration, et

(1) *Mémoire sur la théorie chimique de la respiration et de la chaleur animale;* Nouv. Mém. de l'Académie, tom. XI, année 1837-1838.

que là aussi se trouve le foyer principal de la chaleur animale. Un fait remarquable appuie, suivant lui, cette manière de voir, c'est que le sang artériel est sensiblement plus chaud que le sang veineux, circonstance qui ne peut se concilier avec l'opinion des savants qui admettent que la chaleur animale se produit dans les organes que le sang traverse. S'il en était ainsi, le sang veineux qui sort de ces organes, devrait être plus chaud que le sang artériel qui s'y rend. M. Martens montre également que la respiration pulmonaire ne peut amener dans les poumons continuellement arrosés par le sang, une élévation de température supérieure à un degré du thermomètre centigrade par minute, et que cette chaleur, incapable d'enflammer ou d'altérer les poumons, doit se distribuer plus ou moins uniformément dans les organes traversés par des vaisseaux sanguins, de même que la chaleur produite dans le foyer d'un calorifère à eau, se transmet par la circulation de ce fluide, dans tous les espaces traversés par les tuyaux conducteurs de l'eau. Ce travail de M. Martens, dont je ne donne ici qu'un simple aperçu, est le seul que l'Académie ait reçu sur la physiologie proprement dite.

Vous vous rappelez, Messieurs, qu'une proposition de M. Lebeau relative au traitement qu'il a employé pour combattre la fièvre typhoïde épidémique qui régnait, il y a deux ans, dans la garnison de Bruxelles, a soulevé au sein de l'Académie plusieurs questions graves dont la solution est encore fort difficile dans l'état actuel de nos connaissances. M. Mascart a abordé quelques-unes de ces questions dans un Mémoire dont la Compagnie a fait l'examen dans ses séances des 29 décembre et 26 janvier derniers. La discussion que cette

communication a provoquée, prouve qu'il reste encore beaucoup à faire pour éclaircir l'histoire d'une affection qui ne fait malheureusement que trop de victimes.

M. Mascart s'est particulièrement attaché à établir :

Que la viciation des liquides par les émanations putrides introduites dans le torrent circulatoire, constitue la condition d'existence de la fièvre typhoïde, et que, dans aucun cas, la maladie ne peut se manifester sans l'intervention de ces principes;

Que les glandes de Peyer sont un émonctoire principal pour les miasmes putrides qui s'introduisent dans l'économie animale;

Que la puissance dépuratrice dont l'organisme est doué, lui permet de se débarrasser du principe typhique à mesure qu'il pénètre dans l'économie; mais que si ce principe est réfractaire aux actions nutritives et dépuratrices, il s'adjoint d'une manière quelconque aux matériaux constituants du sang, dont il altère la composition, et que ce même principe irrite la membrane interne du cœur, des veines et des artères;

Que la fièvre, suite de cette irritation, sollicite la réaction de certains appareils dépurateurs sur l'agent typhique, et que cette réaction est la cause de l'altération des follicules intestinaux;

Qu'envisagée dans son ensemble et dans sa marche régulière, la fièvre typhoïde constitue, de même que les fièvres éruptives, un *consensus* d'efforts dépurateurs, et que le médecin doit moins chercher à arrêter cette affection dans son cours, qu'à lui imprimer une bonne direction, et à prévenir ou à combattre les complications qui s'opposent parfois à sa terminaison heureuse;

Que les indications curatives de la fièvre typhoïde,

doivent être à la fois fondées sur l'emploi méthodique des émissions sanguines, des évacuants, des vésicatoires et des toniques.

Les vues que plusieurs d'entre vous, Messieurs, ont émises dans l'examen de ce Mémoire, profiteront certainement à la science.

On sait que l'ergot du seigle se montre plus fréquemment dans certaines contrées que dans d'autres, pendant les années humides. Le canton de Beauraing où M. Sovet réside, se trouve dans ce cas, car notre collègue a eu l'occasion d'y donner ses soins à plusieurs personnes atteintes d'ergotisme gangreneux. Ses observations l'ont engagé à nous soumettre ses idées sur les effets que l'ergot exerce sur l'économie, effets qui se résument, suivant lui, en deux actions principales : l'excitation du système nerveux et la coarctation du calibre des troncs artériels. L'Académie doit s'occuper encore de ce travail qui soulève plusieurs autres questions importantes.

La cyanose, vous le savez aussi bien que moi, Messieurs, se lie le plus ordinairement à un vice originaire ou à une altération organique du cœur. Dans certains cas à la vérité très-rares, cette coloration de la peau et des autres tissus où le réseau vasculaire sanguin est superficiel, se manifeste sans être accompagnée d'une altération de l'organe central de la circulation et de l'appareil respiratoire. C'est ce que prouve de nouveau le fait dont M. Fallot nous a donné connaissance, et pour l'élucidation duquel il a cru devoir analyser le sang de son malade. Ce fait et celui dont M. François nous a également entretenus, sont à ajouter à ceux que renferment déjà les annales de la science.

La découverte du cow-pox sur une vache de la commune de Bornhem, et la question des révaccinations dont la Compagnie aura bientôt à s'occuper à l'occasion d'un travail de M. Van Berchem, a engagé M. Verheyen à examiner si le vaccin qui existe en Angleterre, est réellement préférable à celui que possède le continent, et si le cow-pox se rencontre assez fréquemment dans notre pays, pour qu'il soit possible d'y renouveler le vaccin humanisé, toutes les fois que le besoin peut s'en faire sentir. La solution que notre collègue a donnée de ces deux questions, est la conséquence des faits consignés dans ses recherches. Il admet, d'une part, que le cow-pox se montre assez souvent dans notre pays, pour pouvoir y reprendre le vaccin à sa source, et, d'autre part, il confirme ce fait, que le virus vaccinal employé en Angleterre, est loin de mériter la confiance qu'on y attache généralement. M. Verheyen examine ensuite successivement la description que Jenner et Sacco ont donnée de la vaccine, les phénomènes généraux et locaux du cow-pox, et enfin les opinions émises sur l'origine de la vaccine, qu'il considère comme se développant spontanément, sous l'influence de la lactation et de tous les agents capables de produire une congestion des mamelles, lorsque la secrétion laiteuse est la plus abondante. Je ne m'étendrai pas davantage sur ce travail que l'Académie a admis à figurer dans le recueil de ses Mémoires.

La science est encore loin d'avoir pu pénétrer les causes de la surdité. Plusieurs médecins jugent que la statistique finira peut-être par suppléer à cette impuissance, en recueillant des données aussi exactes que possible sur toutes les circonstances qui se rattachent

aux individus atteints de surdité congéniale ou acquise dans le jeune âge. Les considérations que M. le docteur Verté a soumises à l'Académie sur ce sujet, ont suggéré à quelques-uns d'entre nous des observations qui ont un intérêt spécial pour notre pays. Vous vous rappelez, sans doute, Messieurs, qu'il résulte des données statistiques que j'ai communiquées à la Compagnie, qu'en 1835 il existait en Belgique 1759 sourds-muets de l'un et de l'autre sexe (971 hommes et 788 femmes), ou 1 sur 2205.

Les considérations de M. le docteur Sélade sur le mode d'action des principes morbides, des médicaments, des poisons et du nitrate de potasse, ont fait l'objet d'un rapport dont la lecture a été suivie d'une discussion assez longue, née de l'importance de la matière. Cette discussion est textuellement reproduite dans notre Bulletin. La section qui a examiné le travail de M. Sélade a reconnu l'intérêt qu'il présente surtout en ce qui concerne l'emploi thérapeutique du nitre, et ce jugement a été confirmé par la Compagnie.

D'après M. Sélade, le nitrate de potasse donné à haute dose dans les hypérémies aiguës, active d'abord la sécrétion cutanée; si, au contraire, on l'administre à petite dose, c'est-à-dire, en quantité inférieure à une demi-once dans les vingt-quatre heures, et dans les affections non inflammatoires ou bien sub-aiguës, son effet se fait sentir sur les voies urinaires : ce n'est qu'à une dose plus forte qu'il provoque en même temps ces deux sécrétions.

C'est ici que je dois mentionner la notice que M. Chevallier nous a adressée sur les coliques dites métalliques. Ce travail dont la Compagnie vient d'ordonner la publication, est le premier élément qu'elle

reçoit de ses membres étrangers, pour l'étude des maladies de la classe ouvrière.

Parmi les communications chirurgicales assez nombreuses que l'Académie a reçues pendant l'année, figurent, en première ligne, deux Mémoires de l'un de nos compatriotes établi en France depuis longtemps. Dans le premier de ces écrits, M. Jules Guérin expose les détails d'une opération nouvelle au moyen de laquelle il est parvenu à redresser les doigts fléchis dans la paume de la main par des cicatrices très-étendues et inextensibles, suites d'une brûlure profonde. Les résultats de cette opération sont importants, car la plupart des difformités succédant à des brûlures, réclamaient de nouveaux et plus efficaces moyens de guérison. Le second Mémoire de notre collègue, est à la veille d'être également publié dans le Bulletin : c'est un travail spécial sur le traitement abortif des tumeurs phlegmoneuses par la ponction sous-cutanée.

La résection du péroné est une opération délicate à tous égards, car à côté de grandes difficultés d'exécution, le chirurgien peut avoir à craindre des erreurs de diagnostic, résultant des maladies qui la rendent nécessaire. La communication que M. Graux nous a faite sur ce point de la pathologie chirurgicale, offre d'autant plus d'intérêt, que l'opération qu'il a exécutée est à peine indiquée dans les ouvrages spéciaux. Elle a aussi été faite en 1829, par M. Seutin.

Un cas d'œsophagotomie dont M. De Lavacherie a entretenu l'Académie il y a deux ans, lui a suggéré l'idée de réunir et de discuter la plupart des faits publiés sur cette opération, par les praticiens de toutes les époques.

Les recherches et les appréciations de notre collègue le conduisent à établir que l'œsophagotomie n'offre pas généralement les dangers que beaucoup de chirurgiens lui assignent, et que c'est à tort que l'on n'y a pas plus fréquemment recours. Ce travail de M. De Lavacherie est inséré dans le recueil de la Compagnie, qui lui doit encore un exposé de ses vues sur l'application de l'œsophagotomie aux rétrécissements de l'œsophage, et les détails des deux opérations graves qu'il a récemment exécutées. Elles ont consisté dans l'ablation d'une tumeur sanguine fibroïde du cordon testiculaire produite par cause externe, qui avait acquis, en six semaines, le volume de la tête d'un adulte, et d'un ostéophyte également très-considérable qui s'était développé sur la diaphyse de l'humérus. C'est dans la séance où ces dernières lectures ont eu lieu, que l'Académie a entendu et discuté le rapport qu'elle avait demandé à l'une de ses Sections sur les observations chirurgicales de M. Decaisne, l'un de nos correspondants.

La communication que M. Graux nous a faite l'année dernière d'une observation de métro-péritonite puerpérale suivie d'accidents très-graves, a été l'objet d'une discussion qui n'est point terminée encore. Ses résultats et ceux des débats que la Compagnie a également ouverts sur l'application immédiate du bandage amovo-inamovible de M. Seutin, pour le traitement des fractures compliquées, trouveront place dans notre prochain compte-rendu.

Des deux travaux que l'Académie a reçus sur l'art obstétrique, l'un est encore à l'état du rapport. C'est un Mémoire de M. Seutin, sur la compression de l'aorte, employée pour arrêter les hémorrhagies utérines graves,

suites de l'accouchement. L'autre, qui est une proposition de M. Thirion sur l'hystérotomie pratiquée par le prêtre, a fait naître une discussion que notre Bulletin a textuellement reproduite. Ce recueil contient aussi les résultats des expériences que quelques-uns d'entre nous ont tentées sur la demande de la Compagnie, en vue de constater les phénomènes qui se manifestent après la ponction intestinale opérée chez les animaux ruminants, avec le nouvel entérotome de M. Brogniez.

Un seul travail nous a été lu sur la médecine légale. C'est le rapport écrit par M. Marinus, au nom de la quatrième section, sur un Mémoire dans lequel M. le docteur Thauvoye, de Pâturages, examine quelques-unes des questions que soulève la mort par pendaison. L'Académie a écouté ce rapport avec l'intérêt que lui inspirent tous les sujets importants qui lui sont soumis ou dont elle aborde l'examen. A cette communication se rattachent les noms de deux autres de nos compatriotes. L'un est le professeur Ansiaux père, qui a constaté, le premier, par un fait bien authentique rappelé par M. Marinus, que dans les cas d'asphyxie par suspension, la luxation des vertèbres et le déchirement des ligaments, ne prouvent pas que des violences ont été exercées avant la mort. L'autre est le docteur Pfeffer (1), devenu célèbre par le savoir et le courage

(1) Simon-Xavier Pfeffer est né à Huy, le 8 février 1729. Dans l'année qui suivit sa réception au grade de licencié en médecine de l'Université de Louvain, il alla s'établir à Liége, où il se voua particulièrement à secourir la classe indigente. C'est en 1766 qu'il prit la défense d'une femme accusée d'avoir donné la mort à son mari, de complicité avec son gendre. Cet homme avait été trouvé pendu à une poutre dans une des chambres de son habitation. Son cadavre, examiné par Pfeffer peu de temps après la mort, et dont l'autorité ne permit pas de faire l'autopsie, ne présentait

dont il a fait preuve, en prenant la défense de deux malheureux accusés d'homicide par étranglement.

L'Académie a reçu, cette année, un Mémoire sur la médecine dentaire. Il appartient à M. le docteur Talma, l'un de nos correspondants. Notre collègue s'est particulièrement proposé de signaler les dangers de l'emploi des préparations mercurielles dans les caries dentaires.

Je pourrais, vous le savez, Messieurs, ajouter encore à cette énumération du contingent scientifique de l'Académie, mais le temps me presse, et je passe à un autre point de mon rapport, celui du dernier Concours ouvert par la Compagnie.

L'Académie n'a reçu de réponse qu'à deux des cinq questions qu'elle avait proposées pour le Concours

---

aucune autre meurtrissure que la simple trace de la corde qui avait servi à la suspension, et qui allait en montant derrière les oreilles; la face était pâle et sans bouffissure, la langue contenue dans la bouche, les yeux dans l'état naturel, la tête fortement renversée en arrière, et une fumée était sortie de la bouche qui s'était entre-ouverte au moment où le premier renversement de la tête avait eu lieu. Pfeffer considéra ces données comme suffisantes pour établir que la mort venait d'arriver, que les vertèbres n'étaient pas dans leur état naturel, et que la moelle épinière avait subi une compression plus ou moins forte.

L'éclat de cette cause qui finit par l'acquittement des accusés, et les difficultés nombreuses qu'elle avait soulevées, car Pfeffer n'avait rien négligé pour éclairer la religion des juges et celle du Prince, lui rendirent le séjour de Liége trop pénible pour qu'il pût continuer à y habiter. Il prit donc le parti de se retirer à Louvain où le professeur Jacquelart lui offrit une généreuse hospitalité; il ne lui fut pas donné d'en jouir longtemps, car il mourut le 27 novembre 1772, au milieu des douleurs d'un empoisonnement par l'arsenic, causé par une funeste méprise. On lui avait administré ce poison au lieu d'un purgatif. En 1821, MM. les professeurs Ansiaux et Destriveaux ont publié un précis des Mémoires de Pfeffer qu'on ne connaissait jusqu'alors, que par une consultation d'Antoine Petit où ce médecin adopte l'opinion du praticien Liégeois, en ajoutant que la lésion de la moelle explique et la rapidité de la mort, et l'absence des signes propres à la suspension opérée avant la mort.

de 1845. La première concerne l'influence que les marais et les polders exercent sur la santé et sur la durée de la vie, et la seconde, l'histoire de la chlorose et de l'anémie.

Des trois Mémoires qu'elle a eu à examiner sur la première question, deux seulement lui ont paru dignes d'une attention sérieuse, et en accordant à leurs auteurs une médaille d'or de la valeur de 300 francs, elle a tenu compte des difficultés, du nombre et de l'étendue des recherches que leur imposait le sujet qu'ils avaient à traiter. Tout lui fait espérer qu'un nouvel appel aux savants nationaux et étrangers remplira mieux son attente. La question sera donc maintenue au programme des prix pour 1847. La publication du rapport des commissaires de la Compagnie, fera mieux connaître aux concurrents, l'esprit dans lequel cette question a été posée, combien son étude peut être féconde, et quels utiles développements elle est susceptible de recevoir.

Le Concours sur la deuxième question n'a pas eu non plus tous les résultats que l'Académie en espérait, car aucun des cinq Mémoires qu'elle avait à juger, ne lui a semblé mériter la couronne. Un sixième Mémoire a dû être écarté, parce qu'il ne se trouvait pas dans les termes du programme, qui exigeait que les auteurs fissent parvenir leurs réponses avant le premier juin de cette année. Ce dernier travail est soumis à l'examen d'une Commission spéciale.

Deux des cinq autres Mémoires ont été reconnus dignes d'une récompense académique. Le premier recevra une médaille d'or de la valeur de 200 francs, et le second, une mention honorable.

Vous savez, Messieurs, que les résultats de ces Con-

cours ont été rendus publics, et que les auteurs des écrits que vous avez distingués, recevront, dans cette séance même, les récompenses qui leur sont décernées. Les rapports des commissaires qui ont examiné ces Mémoires, seront également insérés dans notre Bulletin.

Je touche à la fin de ma tâche, Messieurs, car les bornes dans lesquelles je dois me restreindre, ne me permettent ni d'analyser nos débats scientifiques, ni de rappeler les travaux à l'état de rapport, ni d'énumérer les communications que l'Académie a reçues de ses membres et des savants qui aspirent à l'honneur de lui appartenir. Ces communications, dont le nombre s'accroît tous les ans, appartiennent d'ailleurs en partie aux travaux de l'année qui va s'ouvrir. Elles seront insérées soit dans le Bulletin, soit dans le recueil de nos Mémoires, où elles auraient déjà trouvé place, sans les discussions qu'ont soulevées quelques-unes des questions que nous avons eu à examiner, et qui se sont prolongées pendant plusieurs séances.

Des causes étrangères à votre Bureau d'administration, ont retardé jusqu'ici, Messieurs, l'émission du premier fascicule des Mémoires de la Compagnie. Vous le recevrez sous peu de jours. A la partie historique de ce recueil, appartiennent les statuts organiques de l'Académie, son règlement, les arrêtés royaux relatifs à son administration et à l'élection de ses membres honoraires, et enfin, les rapports, les discours et les notices qui ont été lus dans nos réunions publiques. Vous trouverez dans la seconde partie, les travaux que vous avez jugés dignes d'y figurer. Un seul de ces Mémoires est encore en voie d'impression, c'est celui de M. Soupart sur les amputations; il vous sera remis aussitôt que les planches nom-

breuses qui l'accompagnent, auront été gravées. Notre Bulletin s'est enrichi, depuis l'année dernière, de la publication mensuelle des observations météorologiques faites à l'Observatoire royal de Bruxelles, par M. Quetelet, l'un de nos membres honoraires.

Votre Bureau d'administration, fidèle à la marche qu'il a suivie et dont il ne peut s'écarter, continue à vouer toute sa sollicitude à l'examen et à l'expédition des affaires dont il doit connaître aux termes du règlement. Ses actes, je crois pouvoir le dire ici, parce que vous avez pu vous en assurer plusieurs fois, Messieurs, sont marqués au coin de cette franchise et de cette impartialité, sans lesquelles il serait impossible qu'une institution comme la nôtre remplît dignement et complétement sa mission. La résolution que vous venez d'adopter, sur sa demande, pour activer l'examen des travaux académiques, est une nouvelle preuve de l'intérêt que prend le Bureau à voir la Compagnie occuper, sous tous les rapports, la position que la science lui assigne. Puisse-t-il être assez heureux pour lui faire obtenir une dotation qui la mette désormais à même de contribuer plus activement au progrès des sciences qu'elle cultive, de placer dans sa bibliothèque les ouvrages qu'elle regrette de ne pas y trouver, de donner suite aux travaux d'utilité générale qu'elle a entrepris et qu'elle doit entreprendre encore, et enfin, Messieurs, de multiplier le nombre de ses séances; car, ainsi que je vous le disais l'an dernier, une seule réunion mensuelle est absolument insuffisante pour un corps qui s'occupe de la science de l'organisme, si compliquée et encore si obscure dans un grand nombre de ses points. Le temps n'est pas éloigné, sans doute, où le Gouverne-

ment réalisant les promesses qu'il a faites à la Compagnie, lui procurera les locaux dont elle a besoin pour la tenue de ses séances, pour les réunions particulières de ses membres, et pour les recherches anatomiques et chimiques qu'elle médite. Ce n'est qu'à ce prix qu'il lui sera possible d'aborder utilement les nombreuses et importantes questions de la sophistication des substances médicamenteuses et alimentaires, dont une de ses Sections lui a proposé l'étude.

Chaque année voit s'étendre les relations que l'Académie entretient avec les sociétés savantes nationales et étrangères. Ces rapports si utiles, si favorables aux développements de la science, sont à la veille d'ajouter aux ouvrages que nous possédons déjà par voie d'échange, les publications des Académies des Sciences et de Médecine de Paris, de l'Institut royal des Pays-Bas, et de plusieurs autres corporations non moins dignes de la haute considération dont elles jouissent.

Il ne me reste plus qu'un devoir à remplir, Messieurs : c'est celui de vous dire quelques mots des trois collègues que nous avons eu le malheur de perdre depuis l'année dernière.

Caroly (Jacques-Joseph), licencié en médecine de l'ancienne université de Louvain, président de la Commission médicale de la province de Brabant, chevalier de l'Ordre de Léopold, etc., naquit à Bruxelles le 10 février 1771.

Son père, qui était pharmacien, le fit entrer très-jeune dans l'une des meilleures institutions de sa ville natale, celle des Augustins, où il acheva ses humanités avec des succès qui annonçaient ses heureuses dispositions.

Arrivé à l'âge où l'on doit prendre un état, notre collègue se décida pour la médecine. Son père, qui s'était fait un devoir d'étudier sa vocation, le vit avec plaisir embrasser une carrière pour laquelle il découvrait en lui de l'aptitude, et où la profession qu'il exerçait lui-même pouvait d'ailleurs lui procurer d'assez grands avantages.

Après avoir étudié l'anatomie sous le professeur Lengrand, auquel il resta toute sa vie attaché, le jeune Caroly se rendit à l'université de Louvain. Il y fit les progrès les plus rapides, et le 9 août 1797, il obtenait le grade de licencié en médecine.

Le désir d'ajouter de nouvelles connaissances à celles qu'il possédait déjà, le conduisit bientôt à Paris qu'il habita pendant près de trois ans, pour fréquenter les cours de Desault, de Pelletan, de Fourcroy, de Thouret, de Doublet et de Corvisart.

A son retour dans sa patrie, l'exercice de son art ne le détourna pas de ses études; aussi obtint-il en peu d'années, les fonctions de professeur à l'école de médecine de Bruxelles, et celles de vaccinateur à l'hôpital Saint-Jean, où il succédait au docteur Fournier, rentré en France depuis peu. En 1816, il fut nommé médecin en chef de l'hôpital Saint-Pierre, place dont il se démit en 1835, après l'avoir occupée avec honneur pendant près de vingt ans. Il était déjà alors président de la Commission médicale de la province, et membre du Conseil supérieur de santé. A la création de notre Académie, il y fut appelé comme membre honoraire.

Caroly n'a point écrit : sa clientèle nombreuse, les devoirs attachés aux places qu'il occupait et les soins qu'il vouait à ses élèves, ne lui en ont pas laissé le

temps. Sa thèse inaugurale a pour titre : « *Dissertatio medica de inflammatione in genere.* » Il est mort le 6 novembre dernier, à l'âge de 73 ans.

Je laisse à l'un de ses nombreux élèves, et il en est plusieurs parmi vous, Messieurs, le soin de rappeler ce qu'il fut comme professeur et comme praticien. Il était l'un des médecins les plus recherchés de Bruxelles, et ce succès, il le devait à ses talents, à la confiance qu'il inspirait à ses malades, et à son inaltérable attachement à tous les devoirs de sa profession. Honoré de tous ceux qui l'ont connu, regretté de ses amis et de ses anciens élèves, il porta si loin l'attachement à la famille, qu'on ne put attribuer la maladie à laquelle il a succombé, qu'au chagrin que lui causa la mort de sa fille aînée, unie, depuis moins d'un an, a l'un de nos collègues.

Compatriote de Caroly, qu'il suivit bientôt dans la tombe, Van Cutsem (Philippe-Joseph), licencié en médecine de l'ancienne université de Louvain, médecin en chef de l'hôpital Saint-Jean de Bruxelles, membre de la Commission médicale provinciale et chevalier des Ordres de Léopold et du Mérite civil de Nassau, était né le 13 juin 1768.

Il commença ses études à Bruxelles, et, à l'âge de dix-sept ans, ses parents l'envoyèrent à Louvain pour les continuer dans un des colléges de cette ville qu'avait fondé son grand-oncle, Jean Van Malder, évêque d'Anvers. C'est là qu'il fit son cours de rhétorique et celui de philosophie, où il eut le bonheur de remporterle second prix.

En 1789, notre collègue se voua à l'étude de la médecine qu'il aima toute sa vie pour elle-même. Le grade de licencié qui lui fut conféré le 27 juin 1794, vint compléter sa carrière universitaire. Il n'y avait pas obtenu

moins de succès que dans ses premières études qu'il avait faites, en partie, avec un jeune officier autrichien du régiment de Clairfayt, devenu depuis le prince de Metternich.

En rentrant dans sa famille, Van Cutsem, alors âgé de vingt-six ans, accepta de ses concitoyens la charge de membre de l'administration municipale de la commune et canton de Bruxelles. C'est en cette qualité qu'il sanctionna avec ses collègues, le règlement que la Commission de santé, présidée par le professeur Lengrand, avait porté pour l'exercice des différentes branches de l'art de guérir. Ce règlement est du 16 floréal an VII.

En 1801, notre collègue se démit de ses fonctions publiques pour se vouer entièrement à la pratique de son art qu'il n'avait pas cessé de cultiver malgré les devoirs difficiles qu'il avait eu à remplir. Il obtint, en récompense de ses services, la place de médecin de plusieurs établissements de bienfaisance et celle de médecin consultant des hôpitaux de Saint-Pierre et de Saint-Jean, qu'il remplit jusqu'en 1806, époque à laquelle il fut nommé médecin de l'hospice des enfants trouvés et vaccinateur du département de la Dyle.

En 1812, les soldats malades que les désastres de la campagne de Russie faisaient refluer vers la France, encombraient les hôpitaux de Bruxelles. Van Cutsem fut chargé de la direction d'un hôpital temporaire où il se consacra tout entier aux malheureux qui réclamaient ses soins. Trois ans après, il montra le même dévouement pour les victimes de la bataille de Waterloo qu'il soigna à l'hôpital Saint-Jean, dont il était devenu médecin en chef. La croix du Mérite civil de Nassau lui fut donnée en témoignage des services qu'il avait rendus

aux régiments de cette principauté qui faisaient partie de l'armée coalisée.

Depuis lors, notre collègue fut successivement appelé aux fonctions de président de la Commission médicale locale de Bruxelles, de membre du collége médical de la province et du Conseil supérieur de santé, et enfin, à celles de professeur à l'université libre de Bruxelles.

Tous ceux qui l'ont connu savent qu'il était doué d'un jugement sûr, et qu'il alliait à un grand savoir, la science si difficile du diagnostic et du pronostic. La seule ambition qu'il ait eue, a été de former des élèves instruits et de remplir scrupuleusement les devoirs que lui imposaient une clientèle étendue et les diverses fonctions publiques qu'il avait acceptées sans les avoir recherchées. La vigueur de sa constitution et sa tempérance lui promettaient encore plusieurs années d'existence, lorsqu'il fut inopinément atteint d'une maladie grave qui l'emporta, en peu de jours, le 5 mars dernier, à l'âge de 77 ans.

Nommé membre honoraire de notre Compagnie lors de sa création, vous vous rappelez, Messieurs, que Van Cutsem manquait rarement d'assister à ses séances, et qu'il prit part, peu de mois avant sa mort, à une discussion scientifique dans laquelle il apportait le poids d'une expérience de cinquante années.

C'est en 1783, à Clermont-Ferrant en Auvergne, patrie de Pascal et de Thomas, qu'était né le troisième collègue que nous avons perdu.

Gilbert Breschet appartenait à une famille peu fortunée, mais qui ne négligea rien pour l'initier aux connaissances qui devaient lui ouvrir la carrière qu'il a si honorablement parcourue.

Après avoir terminé ses premières études sous les yeux de son père, il partit pour Paris où l'un de ses anciens maîtres le recommanda aux soins de Fourcroy et de Vauquelin, qui le placèrent chez le directeur de l'école de pharmacie, dont il fréquenta d'abord les cours, auxquels il renonça toutefois bientôt pour se vouer avec plus d'ardeur aux études anatomiques.

Breschet dut à ses dispositions naturelles, à sa persistance au travail et aux connaissances dont il fit preuve dans les Concours, l'avantage d'avoir été successivement élève de l'école pratique (1), aide et prosecteur d'anatomie à la Faculté et élève interne de l'Hôtel-Dieu et de l'hôpital Saint-Antoine. C'est à la clinique du professeur Leclerc, médecin en chef de ce dernier établissement, qu'il se lia avec notre collègue M. Raikem, d'une amitié à laquelle la mort seule pouvait mettre un terme. A cette même époque et sur le même théâtre, un de nos compatriotes qui ne devait point revoir sa patrie, Guillaume-Joseph-Célestin Closon, de Liége, remportait les prix d'anatomie, de physique, de chimie et de pathologie interne, à l'école pratique établie près l'école de médecine (2).

---

(1) Il y obtint, en 1806, le prix de clinique externe, et l'accessit du Concours de clinique interne qu'il partagea avec M. Raikem. — Bulletin de l'École de médecine de Paris et de la Société établie dans son sein; 1806, n° 9.

(2) Bulletin de l'École de médecine de Paris, etc., 1806, n° 10; 1807, n° 10; 1808, n° 8. L'École voulut honorer les derniers succès que Closon avait obtenus, en publiant, en ces termes, dans son Bulletin, la réception qu'on lui avait faite dans sa ville natale. « Célestin Closon, natif de Liége, chef-lieu du Département de l'Ourte, ayant été couronné cette année à l'Institut pour avoir remporté le premier prix de médecine clinique de l'École de médecine de Paris, était attendu avec impatience dans sa ville natale. Ses concitoyens avaient tout disposé pour lui faire

Notre collègue qui se destinait au professorat et à la carrière scientifique, ne voulut point prendre le grade de docteur avant de se sentir en état de montrer à ses maîtres qu'il serait peut-être un jour digne de leur succéder. En 1819, quatre ans après sa réception, il descendit de nouveau dans l'arène des Concours, et après neuf jours d'épreuves et de luttes soutenues contre deux jeunes savants (1) dont l'un lui avait déjà disputé la place de prosecteur (2), il eut l'honneur d'être proclamé chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris.

Ce Concours, où il se montra tout à la fois homme de

---

une réception solennelle; le bruit des boëtes, le son des cloches, les feux de joie, annoncèrent son retour. A l'instant même, les principaux habitants du quartier d'Outre-Meuse, où demeure sa digne mère, ayant à leur tête ceux des fonctionnaires publics, qui sont de ce quartier, se transportèrent chez lui pour lui présenter une couronne, une médaille frappée à l'occasion de son triomphe, et pour le complimenter. Le soir, de nouveaux feux de joie s'allumèrent et tout le quartier d'Outre-Meuse fut illuminé. La maison de la mère du jeune vainqueur fut ornée de lauriers, de guirlandes et illuminée avec élégance, par les soins de ses voisins. Les jours suivants se passèrent en réjouissances, bals et réunions en son honneur. La Société des sciences physiques et médicales, et celle d'Émulation tinrent des séances publiques, dans lesquelles elles lui offrirent avec un juste tribut d'hommages, des brevets d'associé honoraire. De son côté, le Conseil municipal, interprète des sentiments de toute la ville, a exprimé le vœu qu'un don lui fût offert de la caisse de la commune, à titre d'encouragement.

« C'est ainsi que les cités s'honorent; en donnant ces récompenses éclatantes à ceux de leurs enfants qui se distinguent par leur bonne conduite, leur application et leurs progrès, elles excitent puissamment l'émulation de tous, et se montrent dignes d'avoir vu naître, dans leur sein, des hommes qui s'illustrent par leurs lumières, et par leurs travaux. » Closon était né le 3 juillet 1786; il est mort à Paris le 26 juin 1809, d'une fièvre typhoïde qu'il avait contractée à l'Hôtel-Dieu où il était élève interne.

(1) MM. Bogros et J. Cloquet.

(2) M. Jules Cloquet. Ce concours a eu lieu au mois de décembre 1815.

savoir, chirurgien habile et profond anatomiste, ne tarda pas à lui ouvrir les portes de l'Hôtel-Dieu en qualité de chirurgien ordinaire. La réputation et l'avenir de Breschet furent dès lors assurés. Dix-sept ans plus tard, un nouveau Concours où il n'hésita pas à se présenter, quoi qu'il fût déjà membre de l'Académie des sciences, lui fit conquérir la chaire d'anatomie à l'École de médecine.

Tels sont, Messieurs, les principaux traits de la vie d'un homme que notre Académie a tenu à honneur de s'associer dès les premiers temps de sa création. D'autres voix que la mienne ont déjà honoré sa mémoire, mais en ne vous parlant pas de Breschet, j'aurais manqué à la mission qui m'est confiée. Ses nombreux et importants travaux lui assignent un des premiers rangs parmi les anatomistes qui ont illustré la France. Son amour de la science, son ardeur pour le travail et le zèle dont il n'a jamais cessé de faire preuve dans l'exercice de ses fonctions, paraissent avoir développé le germe de la maladie à laquelle il a succombé, le 10 mai dernier. Breschet était officier de la Légion d'honneur, chirurgien du roi, et membre de la plupart des sociétés médicales françaises et étrangères.

Ces pertes et celles que l'Académie a faites il y a deux ans, laissaient plusieurs places vacantes dans son sein. Vous y avez appelé, Messieurs, six savants étrangers, dont les noms seront proclamés dans cette séance, et qui figurent tous parmi ceux des vétérans de la science.

Puissé-je, Messieurs, n'être pas resté trop au-dessous de la tâche que je viens de remplir.

ÉLOGE DE PALFYN ;

PAR M. LE DOCTEUR DE MERSSEMAN, MEMBRE ADJOINT.

Messieurs,

Ne vous attendez pas à trouver dans la vie de Jean Palfyn des événements capables d'exciter de vives émotions, des aventures qui attachent par un intérêt puissant. Entièrement dévoué à la science, il s'éloigna toujours des scènes où les passions s'agitent : son existence s'écoula dans le calme et le recueillement, je ne puis malheureusement pas dire sans souffrance et sans lutte. Palfyn souffrit beaucoup et eut à subir une lutte acharnée et constante avec la misère. Il naquit pauvre, vécut dans le dénûment et mourut sur la paille.

Et néanmoins, pendant une longue, très-longue carrière, son énergie sut toujours surmonter les difficultés de sa position et renverser les obstacles de fortune qui, hélas! arrêtent tant de jeunes intelligences dans leur développement. Enfant, c'est à peu près de lui-même qu'il apprend à lire et à écrire ; jeune homme, il mendie l'instruction aux écoles de Gand et de Paris ; homme fait, il se constitue, en quelque sorte, le pèlerin de la science et parcourt à pied toutes les parties de l'Europe où il y a quelque chose à apprendre. Et, lorsqu'enfin, après avoir traversé bien des épreuves, il est parvenu à donner à son esprit la culture la plus soignée, lorsqu'il a acquis assez de confiance en lui-même pour se livrer à ses propres forces et marcher dans sa voie, nous le voyons s'élever à la hauteur des hommes les plus distingués de son temps, fraterniser avec toutes les célébrités médicales de son époque, et, par les productions

de son génie, établir son droit à la reconnaissance des hommes.

Tel est, Messieurs, le compatriote célèbre dont je suis chargé, dans cette solennité, de vous retracer la carrière et de vous rappeler le mérite. Puisse mon admiration suppléer à ma faiblesse et me maintenir au niveau de la mission qui m'a été confiée!

Jean Palfyn naquit à Courtrai, le 28 novembre 1650. Son père (Égide) était membre de la corporation des chirurgiens; cette profession, fort pénible d'ailleurs, n'était guère environnée de considération, et ceux qui l'exerçaient avaient beaucoup de peine, même en consacrant leur vie tout entière au travail, à rapporter dans leurs familles de quoi subvenir à leurs premiers besoins. Aussi la tradition nous apprend-elle que le père de Palfyn, dépourvu des moyens de faire donner à son fils une éducation régulière, dut se charger de lui enseigner sa langue maternelle avec l'aide de sa femme, Marguerite de Rore.

Les heureuses dispositions de l'enfant facilitèrent la tâche de ses parents. De bonne heure, Palfyn se montra doué d'une intelligence remarquable; il ne tarda pas à savoir parfaitement le flamand, et bientôt, avec le secours de quelques livres qu'il ne quittait jamais, il parvint, chose étonnante sans doute! il parvint, sans guide, sans conseil et par les seuls efforts d'un travail opiniâtre, à acquérir une connaissance suffisante du français et du latin : il avait deviné qu'un jour ces deux langues lui deviendraient indispensables.

Il ne connut donc ni les joies, ni les plaisirs de l'enfance : grave et réfléchi, son caractère le portait vers la solitude; le travail de l'esprit, dès ses premières années,

fut pour lui un besoin, comme il devint, plus tard, une passion irrésistible.

Dès que son âge le permit et afin qu'il pût remplacer son père, dans le cas où quelque malheur enlèverait à sa famille son premier soutien, celui-ci l'employa comme aide dans son état et lui communiqua toutes les notions qu'il possédait sur la chirurgie : ces notions étaient, à la vérité, fort restreintes; mais, dès ce moment, l'impulsion fut donnée : Palfyn avait entrevu une science assez vaste pour fournir d'inépuisables aliments à son désir d'apprendre, assez élevée pour offrir à son noble cœur un but généreux. Sa spécialité lui est enfin révélée, et désormais il va s'élancer dans la carrière qui lui est ouverte.

Avec cette pénétration qui caractérise les hommes supérieurs, il sentit combien peu il savait et combien était étendu et fécond le champ qu'il devait exploiter. L'amour de la science s'empare de son âme avec tant de puissance qu'il ne compte pour rien ni les difficultés, ni les obstacles qui se présentent devant lui : école, livres, argent, amis, tout lui fait défaut, n'importe, il suppléera à tout; il ira interroger le grand livre de la nature qui ne refuse de dévoiler ses mystères à aucun de ceux qui cherchent à les pénétrer, et le voilà, pendant les ténèbres de la nuit, se cachant, comme un malfaiteur, dans les recoins d'un cimetière afin de dérober aux tombeaux récemment creusés des sujets pour ses chères études.

De semblables traditions se rencontrent dans les biographies de presque tous les anatomistes, et nous n'aurions pas attaché d'importance à ce que l'on raconte à ce sujet de Palfyn, si la circonstance que nous venons de rapporter n'avait pas décidé de son avenir.

La terrible peste de 1666 exerçait encore ses ravages dans la Flandre; les lois et les coutumes de la ville de Courtrai étaient fort sévères, même dans les temps ordinaires, à l'égard de ceux qui violaient l'asile des morts : on comprend combien leur rigueur devait être inflexible, alors qu'un épouvantable fléau décimait les populations. En se livrant à ces coupables larcins, Palfyn était tellement dominé par la passion de s'instruire, qu'il ne se doutait pas de ce que sa conduite avait de répréhensible et qu'il oubliait les dangers personnels auxquels il s'exposait. Ces dangers étaient pourtant réels et le menaçaient de toutes parts ; car si, d'un côté, il échappait à la contagion, malgré son contact avec les corps des pestiférés, de l'autre il risquait sa tête, si jamais on le découvrait pendant ses nocturnes excursions. Ce qu'il aurait pu prévoir arriva.

Les gens du guet le surprirent, une nuit, exhumant un cadavre. Palfyn, heureusement, parvint à leur échapper ; mais il avait été reconnu ; il fut dénoncé aux magistrats, et, dès lors, il ne lui resta qu'un seul moyen de se soustraire à la justice, c'était la fuite. Il quitta donc sa ville natale, sans retard et d'une manière furtive.

Il se réfugia à Gand, et dès son arrivée il y rencontra une généreuse sympathie. Un chirurgien de cette ville l'accueillit, l'employa comme apprenti, et, parmi d'autres preuves de bienveillance qu'il se plut à lui donner, sollicita et obtint pour lui la faveur de fréquenter, comme élève, les cours de l'école de chirurgie qui avait été organisée, depuis quelques années, dans la capitale des Flandres. Ces procédés ne firent pas un ingrat : Palfyn n'oublia jamais l'homme qui avait été pour lui un si noble

protecteur. Dans ses ouvrages, il saisit avec bonheur la moindre occasion pour parler avec vénération et gratitude de celui qu'il se plaisait à nommer son maître chéri et son bienfaiteur.

La destinée semblait donc ne l'avoir séparé de sa famille que pour le placer dans une situation qu'il avait peut-être depuis longtemps rêvée : une école régulière, des maîtres rompus à l'enseignement, des livres, des protecteurs, un asile où il était l'objet d'une généreuse hospitalité, tels furent les dédommagements que le sort lui prodigua pour adoucir ce que l'éloignement du foyer paternel pouvait avoir pour lui de pénible. D'ailleurs, depuis lors, Palfyn fut, plus que jamais, acquis à l'étude et absorbé par elle; son application au travail n'était surpassée que par sa passion pour la science. On comprend que cette activité soutenue pendant plusieurs années et dirigée avec intelligence, a dû produire des résultats remarquables. Doué comme il l'était par la nature, Palfyn égala bientôt ses maîtres par son instruction; on prétend même que l'adresse qu'il déployait dans les dissections, et la précision, la clarté de ses démonstrations l'élevaient déjà au-dessus d'eux; si bien, qu'ayant terminé son apprentissage, il laissa, en quittant la ville de Gand, les plus honorables souvenirs et une réputation qui, plus tard, lui fut d'un grand avantage, quand il résolut de s'y fixer définitivement.

Vers cette époque, Louis XIV avait transporté en Belgique le théâtre de ses guerres ambitieuses. Des villes et des provinces entières passaient du sceptre espagnol sous la couronne de France, pour rentrer de nouveau dans le domaine des anciens souverains ; ces alternatives établirent de fréquents rapports entre notre pays

et la France. Parmi les nombreuses institutions dont Louis XIV enrichit sa capitale, l'école de chirurgie nouvellement réorganisée, occupait un des premiers rangs. Les savants les plus renommés de l'époque y donnaient des leçons, et les élèves affluaient de toutes parts vers un centre d'instruction où l'enseignement chirurgical était plus parfait que partout ailleurs.

Palfyn prit la résolution d'aller sur ce vaste théâtre compléter son éducation scientifique. Il partit à pied, dans l'équipage le plus modeste, se fiant à sa bonne étoile et n'ayant pour toute richesse que son instruction, pour toute ressource que les lettres de recommandation de son maître. A Paris, comme à Gand, il fut accueilli et bientôt aimé. Le célèbre Devaux l'apprécia dès leur première entrevue et ne voulut plus se séparer de lui. Il considérait son hôte, non pas seulement comme un élève de prédilection, mais comme un savant dont il estimait les opinions et écoutait déjà les conseils. Les qualités de l'âme jointes à l'intelligence supérieure de Palfyn, resserrèrent de plus en plus les liens d'affection qui l'unissaient à Devaux. Il fut initié au secret des études et des travaux du maître ; en un mot, leur liaison devint une amitié capable de tous les dévouements ; elle résista à toutes les épreuves et ne cessa qu'avec leur vie. Pour ces deux amis de cœur, pour ces émules de science, c'était un besoin de se revoir souvent et, pendant leur longue carrière, jamais l'un ne manqua au rendez-vous que l'autre lui avait assigné.

Après un séjour de plusieurs années à Paris, Palfyn, formé à l'école des professeurs les plus renommés, se sentit enfin assez de force pour se hasarder seul dans la pratique. Rentré dans sa patrie, son premier élan le re-

porta vers son ancien maître, et il fut convenu entre eux qu'il s'établirait à Ypres.

Il avait atteint l'âge de vingt-cinq ans (en 1675) lorsqu'il se soumit aux épreuves que les règlements lui imposaient pour obtenir le titre de praticien. La corporation des chirurgiens le créa maître en l'art de la chirurgie, membre de l'association, et lui conféra le droit d'exercer sa profession dans le ressort de la châtellenie d'Ypres.

Son établissement dans cette ville n'était que provisoire ; il voulait y attendre que des circonstances favorables décidassent définitivement de son sort ; il y attendit à peu près vingt ans. Pendant cette période de sa vie, il fit de nombreuses excursions scientifiques; il ne se passait guère d'année qu'il ne visitât une ou plusieurs des plus célèbres écoles de médecine de l'Europe. Ses biographes nous le montrent successivement à Paris, conférant avec Méri, Duverney, Devaux, Winslow et Petit; à Leyde, s'inspirant aux leçons de Boerhaave, de Ruysch, d'Albinus ; en Allemagne, captivant l'attention et obtenant l'amitié de Haller et de Heister, et enfin, en Angleterre, où il se met en relation avec les chirurgiens les plus distingués. Et remarquez, Messieurs, que Palfyn ne fait ces voyages qu'au prix des plus grandes privations et des efforts les plus pénibles. Il n'a aucun moyen d'en alléger les fatigues; mais rien ne l'arrête, une seule pensée le domine et le pousse : il veut amasser les trésors scientifiques, recueillir les innombrables matériaux au moyen desquels il composera, plus tard et à loisir, les livres qui doivent illustrer sa mémoire.

Préoccupé, comme il l'était, de ses travaux et poussant, du reste, le désintéressement aussi loin qu'il peut

aller, il n'avait pas songé à améliorer sa position; aussi, à l'âge de quarante-sept ans, après avoir consacré vingt années de sa vie à la pratique, il voulut quitter Ypres (en 1697) et se fixer à Gand. Il était alors si pauvre qu'il ne put comprimer un cri de détresse, et voici à quelle occasion il le laissa échapper.

Les institutions de cette époque consacraient encore les priviléges des corps de métiers; personne ne pouvait exercer, dans le ressort d'une commune, l'état de chirurgien sans y être autorisé par la corporation, et l'on ne pouvait obtenir cette autorisation que lorsqu'on jouissait du droit de bourgeoisie et qu'on avait fréquenté, pendant trois ans, le service d'un maître-chirurgien reconnu selon les lois. Ces obstacles à son nouvel établissement se dressèrent devant Palfyn sans le décourager. Il supplia le roi d'Espagne de le dispenser de ces formalités, lui déclarant avec une naïveté touchante que son dénûment était tel que, s'il ne pouvait immédiatement pratiquer sa profession, lui et les siens seraient réduits à la plus profonde misère.

Il obtint la grâce qu'il avait sollicitée de son souverain, et la corporation des chirurgiens de Gand passa, malgré la lettre de sa charte, sur toutes les autres formalités pour n'exiger de lui que l'épreuve de l'examen à l'issue duquel il reçut (en 1698) le titre de maître-chirurgien en la juridiction de la commune de Gand.

Nous avons cité ce fait à dessein, parce qu'il démontre combien le caractère de Palfyn était fortement trempé. Il faut, en effet, être doué d'un courage bien grand pour ne pas se laisser abattre par les rigueurs de la fortune, pour résister à ces souffrances intimes inséparables d'une situation voisine de l'indigence, et, malgré tant d'en-

traves, marcher toujours d'un pas ferme vers le but que l'on poursuit.

Jusqu'au moment où nous sommes parvenus, Palfyn n'a encore rien publié, mais l'avenir se présente à lui sous des couleurs moins sombres. La réputation qui avait précédé son arrivée à Gand lui assure dans cette ville un sort moins pénible et il y trouve des ressources qui lui permettent de commencer l'impression de ses ouvrages. Il débute dans la carrière d'écrivain en faisant paraître à Gand (en 1701) son livre intitulé : *Nieuwe osteologie ofte waere en zeer nauwkeurige beschryving der beenderen van 's menschens lichaem.* (*Nouveau traité d'ostéologie, etc.*) Les savants modernes, d'accord en cela avec ses contemporains, déclarent que l'ostéologie de Palfyn est l'ouvrage le plus complet à la fois et le plus exact de l'époque. Il contient, en effet, outre toutes les notions acquises alors à la science, des considérations entièrement neuves et fort intéressantes sur les sinus de la tête, les sutures du crâne et l'articulation de la mâchoire. Trois éditions flamandes, deux traductions, l'une française, l'autre allemande, en répandant le livre au loin, établirent la réputation de l'auteur, et révélèrent au monde un anatomiste du plus grand avenir.

Ce premier essai de ses forces fut suivi de la publication, par ordre du magistrat, d'une *Description anatomique* de deux cas de monstruosité qui s'étaient présentés à Gand. A ce propos, il publia une nouvelle édition du *Traité des monstres, par Fortunio Liceti*, à laquelle il joignit deux de ses œuvres rédigées en français : un *Traité de la circulation du sang chez le fœtus*, et une *Description anatomique des parties de la femme qui servent à la génération*. Ce dernier opuscule ne laisse

rien à désirer pour l'exactitude et la précision des détails.

Ce ne furent là que les préludes de publications plus importantes encore. Palfyn les préparait avec amour, lorsqu'un encouragement puissant et d'ailleurs bien mérité vint le consoler des privations qu'il avait souffertes : les chefs de la commune l'attachèrent à l'école de Gand comme lecteur public d'anatomie et de chirurgie (en 1708).

Il se trouvait donc enfin placé sur un théâtre digne de son mérite. Il était alors presque sexagénaire, mais il n'avait rien perdu de son énergie et de son ardeur pour le travail. Malgré les fatigues de l'enseignement, les précieux matériaux qu'il avait recueillis dans ses nombreux voyages se trouvèrent coordonnés et complétés, et bientôt (en 1710) parut, à Leyde, l'*Anatomie chirurgicale* (*De heelkonstige ontleding des menschenlyk lichaems*), ouvrage qui constitue son plus beau titre scientifique.

Avant Palfyn, les traités d'anatomie se bornaient à donner la description, les rapports, les liaisons des organes du corps humain à l'état de santé. L'on n'avait pas encore eu l'idée d'étudier les modifications que les maladies déterminent dans la forme et les relations mutuelles de ces parties. Vésale et Riolan avaient, à la vérité, publié quelques données vagues et isolées sur cette matière, mais personne ne s'était efforcé de réduire à un corps de doctrine les notions que la science pouvait tirer des altérations pathologiques qui affectent l'organisme et d'en faire découler des préceptes utiles, des applications pratiques. Palfyn fut le créateur de cette branche de la science anatomique. Mener sa création à bonne fin, fut la pensée de toute sa vie ; ses études, ses

recherches furent constamment dirigées vers ce but, et le livre qui en fut le résultat répondit, par son importance, aux efforts qu'il avait coûtés.

Pourtant, cet ouvrage a été jugé, dans ces derniers temps, avec une sévérité, et, pourquoi ne pas le dire? avec une injustice qui doit étonner de la part de savants que nous avons appris à estimer d'ailleurs.

Messieurs, assigner leur juste valeur à des idées qui autrefois ont été des découvertes, juger les hommes qui les ont conçues, est une tâche plus difficile qu'on ne le pense communément. L'historien de la science doit, plus que tout autre, se dégager de son époque, oublier ce qui est actuel, et reporter son point de vue en arrière, s'il veut rendre bonne justice aux hommes qui ont péniblement travaillé à faire progresser l'intelligence humaine. C'est pour avoir méconnu ces principes que les écrivains auxquels nous venons de faire allusion se sont égarés dans le jugement qu'ils ont porté sur Palfyn; ils l'ont apprécié sous l'empire des idées qui dominaient à la fin du dernier siècle et au commencement du siècle présent, et ils sont restés en dehors de la vérité.

Il est impossible que nous ne protestions pas contre leur sentence avec toute la force que l'on met à défendre son bien, son patrimoine. La gloire des grands médecins de la Belgique est un héritage que notre Académie doit conserver intact et garantir de toute atteinte! Heureusement il nous sera facile de défendre l'œuvre de Palfyn. Nous possédons des documents qui satisfont aux exigences les plus sévères de la vérité historique, d'où nous pouvons hardiment conclure que l'*Anatomie chirurgicale* n'a pas été estimée trop haut par les contemporains de notre illustre compatriote, et nous ajouterons

qu'aujourd'hui encore, nous n'avons qu'à ratifier le jugement qui en a été porté, il y a déjà plus d'un siècle.

Le succès du livre fut immense et se maintint : l'ouvrage eut plusieurs éditions en flamand, publiées tant en Belgique qu'en Hollande. Trois des plus célèbres chirurgiens de la France, Devaux, A. Petit et Boudon le traduisirent en français, et ces trois éditions successives s'écoulèrent en moins d'un demi-siècle. Le professeur Jean Larber, de Venise, en fit une traduction italienne qu'il publia; enfin une traduction parut également sous le patronage des savants de l'Allemagne. Vous le voyez donc, Messieurs, l'Italie, cette terre classique des lettres et des sciences, la docte et grave Allemagne, la France dont le grand roi avait fait le foyer de la civilisation et des lumières, la Hollande sur laquelle l'école de Leyde jetait alors tant d'éclat ; toutes les parties de l'Europe, en un mot, où l'intelligence était le mieux cultivée, payèrent au livre de Palfyn ce tribut d'admiration qu'on n'accorde qu'aux productions éminentes, aux œuvres qui marquent dans l'histoire de la science.

Certes, cet assentiment général sur le mérite de l'*Anatomie chirurgicale* suffirait pour la mettre à l'abri des attaques par lesquelles on tenterait de la rabaisser; mais nous ne voulons pas laisser le moindre prétexte à l'injustice, et au témoignage universel nous joindrons les opinions privées des savants les plus haut placés dans la science, du temps de Palfyn. Méri, Morand, Duverney, Geoffroy, Winslow, Albinus, Heister, Peeters, Soomers, tous hommes célèbres et considérés, à juste titre, comme les oracles de la médecine, déclarèrent que l'*Anatomie chirurgicale* était une œuvre très-remarquable et de la plus grande utilité pour la science. Les

deux plus illustres écoles de l'époque, l'école de Paris et celle de Louvain, publièrent des attestations solennelles par lesquelles la première décerna au livre des suffrages honorifiques (*suffragia honorifica*), la seconde en demanda l'impression au nom du bien public. Enfin Herman Boerhaave, dont la réputation remplissait le monde entier, Boerhaave dont l'autorité était suprême, fut un des plus chauds admirateurs de Palfyn; il qualifia l'*Anatomie chirurgicale* du titre d'excellent livre et donna à son auteur, en quelque sorte, le baptême du génie en le proclamant très-célèbre !

Nous avons évoqué ces souvenirs, nous avons tiré des annales de la science ces témoignages si nombreux, à la fois, et si honorables, émanés de juges dont on ne pourra pas récuser la compétence, pour demander à tout homme de bonne foi si la gloire de Palfyn, créateur de l'*Anatomie chirurgicale*, peut être amoindrie par l'opinion hasardée de deux écrivains qui se sont mal placés pour l'apprécier, et qui, par cela même, étaient incapables de le juger sans prévention et sans injustice. Quel que soit leur mérite, quelle que soit la réputation de leurs œuvres, l'impression que leur jugement a pu produire sur le monde savant, doit disparaître devant l'irrécusable autorité de l'histoire.

D'ailleurs, l'*Anatomie chirurgicale* eut une grande influence sur le progrès de la chirurgie, progrès auquel Palfyn ne cessa de contribuer pour une large part. Nous lui devons dans la pratique de la chirurgie des améliorations fort importantes et qui suffiraient, à elles seules, pour illustrer son nom.

Son *Traité des principales opérations chirurgicales* (*Nauwkeurige verhandeling van de voornaemste*

handwerken der heelkonst), ouvrage qui parut la même année que son *Anatomie*, et qui en est comme le corollaire, est également empreint de ce cachet d'utilité qui caractérise ses autres productions. Les préceptes qu'il y donne sont basés sur des raisons anatomiques et physiologiques qui, même aujourd'hui, étonnent par leur précision. Ils sont du reste formulés avec une simplicité qui ajoute encore à leur valeur réelle, en faisant mieux ressortir la haute raison qui les a découverts.

Ce livre, accueilli avec une grande faveur, fut plusieurs fois réimprimé en flamand ; traduit en allemand, il parut simultanément à Francfort et à Leipzig, en deux volumes in-8°.

Si Palfyn se montre dans ses autres écrits théoricien profond, il prouve dans ce *Traité* qu'il est aussi praticien de premier ordre. Il passe en revue toutes les opérations de quelque importance, et en accompagne la description d'exemples nombreux, d'observations intéressantes. Puis il se fait novateur, fixe les lieux d'élection de la paracentèse et de l'empyème et appuie ses préceptes à cet égard, sur des principes si bien justifiés par les lois de la nature elle-même, que la science n'a encore rien trouvé qui leur fût préférable. Il invente un instrument nouveau pour l'opération de la hernie et s'élève avec force contre la perforation de la portion étranglée de l'intestin, perforation qu'anciennement on pratiquait pour obtenir l'affaissement du météorisme et, par suite, la réduction de la partie. Dans le cas de blessure des intestins, on avait l'habitude de réunir les bords de la plaie au moyen de la suture du pelletier ; Palfyn repousse cette pratique dangereuse et la fait à jamais disparaître de la chirurgie. C'est qu'en effet, il n'y

a rien à répliquer aux raisons qu'il expose d'une manière si nette . « Les lèvres de la plaie des intestins, dit-il en propres termes, ne se réunissent jamais entre elles, mais elles se soudent au péritoine, ou aux bords de la plaie du ventre, ou à une autre partie voisine. Il est donc inutile et dangereux de traverser par de nombreux points de suture les membranes des intestins ; cela ne fait qu'irriter les fibres, produit des inflammations et provoque souvent la mort, par le rétrécissement du canal alimentaire. »

Il se rangea aussi parmi les champions du progrès dans le débat qui s'agitait alors, au sujet du siége et de la nature de la cataracte, et contribua à détruire l'opinion qui attribuait cette maladie à une membrane formée dans l'humeur vitrée de l'œil. Il traduisit, cette occasion, en flamand, le *Traité des maladies des yeux d'Antoine Maître Jean,* l'enrichit de plusieurs observations qui lui étaient propres et en fit le traité d'ophthalmologie le plus complet de l'époque. Telle est la trace brillante que Palfyn a laissée dans l'histoire de la chirurgie.

Nous venons de voir comment la théorie, basée sur de vrais principes, conduisit Palfyn de déduction en déduction à de nombreux et de grands perfectionnements dans la pratique de la chirurgie, et pourtant les innovations qu'il y introduisit, quelque remarquables qu'elles fussent d'ailleurs, étaient loin d'égaler en importance le pas immense qu'il fit faire à l'art des accouchements.

Avant son époque, on peut à peine se figurer combien peu de ressources les praticiens possédaient contre les complications et les accidents les plus communs qui surviennent pendant le travail; l'art des accouchements

était abandonné aux sages-femmes ; le chirurgien n'était appelé que dans les cas extrêmes et, presque jamais, il ne pouvait rien pour le salut de la mère et de l'enfant. L'état de la science, sous ce rapport, devait attirer l'attention d'un homme du mérite et du caractère de Palfyn. En parcourant ses ouvrages, on voit que ses études s'étaient arrêtées avec prédilection sur les parties de l'anatomie qui ont les liaisons les plus étroites avec la science des accouchements : en effet, dans un ouvrage spécial, il avait donné la description la plus exacte des organes qui, chez la femme, sont destinés à la reproduction de l'espèce ; dans le chapitre XXIV de l'*Anatomie chirurgicale,* il avait fait connaître avec une précision étonnante toutes les modifications que la matrice subit pendant les phases de la grossesse ; et déjà, l'on pouvait pressentir qu'il tenterait un effort pour tirer l'art des accouchements de son immobilité séculaire. Il changea tout l'aspect de cette branche de l'art de guérir.

Pendant son dernier séjour à Paris (en 1726), dans une réunion de l'Académie royale des sciences, Palfyn, âgé alors de soixante-seize ans, après avoir exposé l'état de l'art des accouchements et déploré l'absence de tout moyen de secours contre l'enclavement de la tête au passage du bassin, présenta un instrument de son invention, destiné à saisir la tête de l'enfant dans le sein de la mère, et, par une manœuvre adroite, à l'amener au dehors tout en épargnant à la mère la moindre violence.

L'instrument était fort ingénieux : il consistait en deux cuillers non fenêtrées, en acier, ayant neuf pouces de longueur sur vingt-deux lignes de largeur. Chacune présentait deux courbures dans le sens de sa longueur :

une de dehors en dedans, l'autre de bas en haut; chaque cuiller, d'ailleurs légèrement concave en dedans, était fixée à un manche de bois très-solide, de la même longueur que la cuiller elle-même : chaque branche de l'instrument avait donc une longueur de dix-huit pouces.

Voici maintenant le procédé opératoire : Palfyn introduisait d'abord et séparément, d'un côté, une des branches. La forme savamment combinée de l'instrument permettait d'insinuer, avec facilité, à travers la cavité du bassin, la cuiller entre la tête de l'enfant et le détroit supérieur; de façon que la face concave de la cuiller était appliquée sur la tête. Quand cette première branche était ainsi introduite, il glissait, du côté opposé, la cuiller de l'autre branche; alors les deux manches se croisaient au dehors, puis, quand l'instrument était appliqué, on le raffermissait en nouant un fort ruban autour du point où les branches s'entre-croisaient.

La tête de l'enfant était donc saisie entre les deux cuillers, comme entre deux mains. L'analogie était si complète que Palfyn donna à son forceps le nom de *Mains*. Quand l'instrument était appliqué, comme nous venons de le dire, le chirurgien saisissant un manche de chaque main, ramenait, s'il y avait déviation, la tête dans la position favorable et, par des mouvements de traction prudemment dirigés dans le sens des axes du bassin, amenait l'enfant au jour sans lui avoir fait subir la moindre mutilation et sans avoir fait perdre, par suite de l'opération, une seule goutte de sang à la mère.

La communication de Palfyn fit une grande sensation; l'Académie en apprécia aussitôt toute la portée, et, d'après le témoignage de Levret, ce corps savant donna officiellement à Palfyn des éloges pour sa belle inven-

tion. Les chirurgiens les plus renommés voulurent en faire l'essai, et notre généreux compatriote s'empressa, avec son désintéressement ordinaire, de faire confectionner des instruments d'après son modèle, pour en faire hommage à tous ceux qui désiraient en étudier l'emploi.

Comme il arrive presque toujours après quelque grande découverte, Palfyn n'eut pas plutôt fait connaître ses *Mains* que de toutes parts s'élevèrent des prétentions à la priorité de l'invention: des réclamations partirent à la fois de l'Angleterre, de la Hollande, de la Flandre même. Les Anglais la revendiquaient pour les Chamberlayne, les Hollandais l'attribuaient à la fois à Roonhuysen, à Ruysch et à Boekelman; il y avait des écrivains qui penchaient à l'accorder à Gilles Le Doux, chirurgien d'Ypres.

Or, voici ce qui en était : les chirurgiens dans l'impuissance de la science contre les accidents qui survenaient pendant l'enfantement, s'appliquaient, chacun de son côté, à chercher les moyens d'y remédier; plusieurs d'entre eux avaient trouvé ou du moins se vantaient d'avoir trouvé des procédés pour terminer des accouchements difficiles et se targuaient de leur invention réelle ou imaginaire, pour se donner de l'importance, augmenter leur crédit, et exploiter la souffrance et la crédulité; mais tous, mus par un vil sentiment d'égoïsme et d'intérêt, dérobaient, avec le plus grand soin, leur secret à la curiosité des praticiens. Ils avaient recours à des précautions inouïes pendant qu'ils opéraient; l'histoire nous apprend qu'ils auraient laissé mourir les patientes plutôt que de se livrer à leurs pratiques en présence de témoins. S'ils avaient donc effectivement inventé

un instrument ou trouvé une manœuvre utile, leur découverte ne servait que leur cupidité et était perdue pour l'humanité et pour la science; et à la rigueur, on pourrait, sans être injuste, leur dénier tout droit à la reconnaissance publique pour le reconnaître tout entier à Palfyn.

Mais cela ne peut nous suffire: nous avons les moyens de démontrer que les procédés des Chamberlayne et des Roonhuysen n'avaient aucune analogie avec l'instrument inventé par notre compatriote et nous tenons à établir qu'il ne dut sa découverte qu'à lui seul.

Avant de discuter ce point, nous sommes obligé de dire quelques mots de la prétention que, d'après Levret, Gilles Le Doux aurait élevée sur la priorité de la découverte. Ce chirurgien n'est guère aujourd'hui connu que par le passage de l'ouvrage de Levret où il est dit que Palfyn reçut des éloges de l'Académie royale des sciences de Paris, comme étant l'inventeur du forceps; mais que Gilles Le Doux les réclama disant l'avoir inventé. C'est là le seul renseignement historique, la seule preuve, le seul titre sur lesquels on pourrait s'appuyer en faveur du chirurgien d'Ypres. Mais, hâtons-nous de le déclarer ici et avant tout, le caractère loyal et plein de probité de Palfyn, ses sentiments religieux, son désintéressement, sa vie tout entière, en un mot, protestent contre toute insinuation qui pourrait accréditer l'opinion qu'il aurait jamais été capable de dépouiller qui que ce fût, et encore moins un compatriote, de la gloire d'avoir fait une découverte des plus utiles à l'humanité. D'ailleurs, si Le Doux a jamais songé à se faire passer pour l'inventeur du forceps, comment a-t-il fourni la preuve de son droit à être considéré comme tel? qui fut appelé

à vider le différend entre lui et Palfyn? Les Annales de l'Académie royale de Paris signalent-elles quelque circonstance, quelque fait à l'appui de la prétention de Le Doux? L'université de Louvain qui était si souvent appelée à aplanir les contestations scientifiques, fut-elle saisie de sa réclamation? Le nom du chirurgien d'Ypres figure-t-il seulement dans ses archives? Non; on ne rencontre, dans l'histoire de la science médicale, aucun passage qui fasse mention de Le Doux, et il est au moins douteux qu'il ait jamais élevé la voix dans sa patrie pour protester; car, s'il en avait été ainsi, le collége des médecins de Gand n'aurait pas commis l'injustice de faire couler en bronze l'image des *Mains* pour l'attacher comme trophée au monument qu'il fit ériger à la mémoire de Palfyn. Au surplus, Levret lui-même a si peu de confiance dans les droits de Le Doux, qu'il l'abandonne bientôt pour réclamer en faveur d'un Français, d'Ambroise Paré, l'honneur d'avoir fourni la première idée des *Mains* et du *Forceps*, en inventant les crochets mousses à large reprise. Nous pensons avoir démontré à l'évidence, dans un autre travail publié sur Palfyn, combien cette assertion était absurde. Les limites dans lesquelles nous sommes forcé de nous maintenir, nous obligent à ne pas revenir sur ce sujet.

Après avoir réduit à sa juste valeur la prétention de Le Doux, occupons-nous du droit que l'on a attribué aux Chamberlayne, de réclamer la priorité de l'invention du *forceps*.

Nous nous faisons une question d'honneur et de patriotisme de mettre, une fois pour toutes, hors de contestation les preuves qui constatent qu'à Palfyn seul revient la gloire d'avoir inventé ce précieux instru-

ment. Vous nous pardonnerez donc, Messieurs, d'entrer ici dans quelques développements historiques indispensables pour faire éclater la justice d'une cause qui est la nôtre à tous, puisqu'elle intéresse une des grandes réputations médicales de la Belgique. Nous regrettons que ces détails mettent le caractère des Chamberlayne dans un jour défavorable, sous le rapport du désintéressement; mais les arrêts de l'histoire sont inflexibles et l'intérêt de la vérité, la gloire de notre illustre compatriote exige que nous vous exposions, sans détour, ce que les annales de la science établissent de la manière la plus positive.

Vers le commencement du dix-septième siècle existait à Londres une famille de chirurgiens, les Chamberlayne. Ils avaient acquis une grande fortune et une renommée presque européenne comme accoucheurs. Leur célébrité était due aux succès qu'ils obtenaient dans les accouchements difficiles et leurs succès dépendaient d'un procédé opératoire qui leur était propre et dont ils gardaient le secret avec une incroyable ténacité.

Les savants s'étaient souvent occupés de rechercher quelle pouvait être leur méthode; les uns, et le célèbre Haller était de ce nombre, pensaient que leur manœuvre consistait à refouler la tête enclavée, à opérer la version de l'enfant et à l'extraire par les pieds; d'autres, et c'était le plus grand nombre, croyaient qu'ils délivraient les femmes au moyen d'un instrument. Mais personne n'avait pu savoir en quoi il consistait, et, en définitive, toutes ces opinions n'étaient que des conjectures qui prouvaient que la curiosité n'était pas parvenue à pénétrer le mystère dont les Chamberlayne s'enveloppaient en opérant.

Malheureusement pour leur gloire, leur conduite était dictée par l'intérêt, comme nous allons en fournir la preuve. Mauriceau raconte, dans son style naïf, mais empreint de vérité, qu'en 1670, Hugues Chamberlayne était venu à Paris, « faisant, dit-il, courir le bruit qu'il avait un secret tout particulier pour les accouchements, se vantant de faire les plus désespérés et abandonnés en moins d'un demi-quart d'heure ; et il avait même proposé à M. le premier médecin du Roi que si on voulait lui donner dix mille écus de récompense, il communiquerait son prétendu secret. »

Précisément dans ce temps, il se présenta dans le service de Mauriceau un cas d'accouchement chez une femme difforme, que celui-ci avait déclaré ne pouvoir être délivrée. Chamberlayne prétendit qu'il l'accoucherait, se mit à l'œuvre et, malgré des efforts inouïs et toutes les ressources de son art, il dut abandonner la femme, qui succomba. L'autopsie faite par Mauriceau démontra qu'il y avait de grandes déchirures à la matrice et aux parties voisines occasionnées par les instruments et les manœuvres du chirurgien anglais. Celui-ci quitta Paris assez promptement, et sans avoir pu obtenir, pour son secret, le prix qu'il en avait exigé.

Quelque temps après cet échec, Chamberlayne se rendit en Hollande, où il fut plus heureux. Il parvint à faire apprécier sa méthode par la plupart des professeurs de l'université de Leyde ; il en démontra si bien le mérite qu'on lui fit des propositions pour en acquérir le secret. Quoique l'on ignore les conditions précises qu'il mit à sa révélation, il paraît que ses exigences étaient si élevées, qu'elles dépassaient les ressources d'une fortune particulière. Il fit cependant une convention avec

Frédéric Ruysch, Rogier Van Roonhuysen et Corneille Boekelman. Moyennant une forte somme d'argent, et pourvu qu'ils s'engageassent, de la manière la plus formelle, à ne pas divulguer son secret, Chamberlayne, dans un contrat revêtu de toutes les formes légales, s'obligea à enseigner à ces trois praticiens distingués, sa méthode d'accoucher, dans tous ses détails.

Le fait de la transmission du secret de Chamberlayne, aux trois médecins de Leyde, est établi de manière à ne pas permettre le moindre doute.

Ruysch, Van Roonhuysen et Boekelman, mais surtout le second, acquirent la renommée la plus brillante dans la pratique des accouchements, et à la fin de leur carrière (en 1709), ils passèrent devant notaire un acte par lequel ils livraient leur secret à Jean De Bruin et à Plaatman, de Leyde, à des conditions onéreuses et en stipulant l'obligation de ne pas le publier. De Bruin mourut en 1753; il avait consigné dans un ouvrage manuscrit, tous les détails de sa méthode d'accoucher et l'avait légué, comme une partie de son patrimoine à sa fille unique, Marguerite De Bruin, qui n'étant engagée par aucune obligation, suivit l'inspiration de son âme généreuse, de son cœur de femme, et résolut, de concert avec son mari Herman Vander Heyden, de céder à des conditions extrêmement avantageuses un secret dont la révélation était attendue avec une si grande impatience et qui pouvait rendre des services si importants à l'humanité.

Les instruments et le manuscrit de De Bruin furent livrés, en présence d'un notaire et de ses témoins, aux docteurs Jacques De Visscher et Hugues Van de Poll qui en avaient fait l'acquisition pour les faire entrer

dans le domaine public. Ils reçurent la déclaration solennelle, de la fille De Bruin qu'elle leur transmettait le secret que son père avait acquis de Van Roonhuysen et qui n'était autre que celui des Chamberlayne. De Visscher et Van de Poll, en vrais philanthropes, publièrent le tout dans un livre qui parut à Leyde, en 1754, sous le titre de : *Het Roonhuysiaansch geheim in de vroedkunde ontdekt. — Le secret de Van Roonhuysen découvert.*

Or, ce secret qui avait tenu les chirurgiens du monde entier en suspens pendant plus d'un siècle, consistait dans l'emploi du levier. Messieurs, je croirais faire injure à vos connaissances si je m'efforçais de vous démontrer les différences fondamentales qui distinguent le levier du forceps.

En résumant les détails qui précèdent, il en résulte que le secret des Chamberlayne fut publié en 1754, vingt-cinq ans après la mort de Palfyn ; que ce secret ne consistait qu'à délivrer les femmes au moyen du levier. Ajoutons que l'histoire constate qu'au moment de la publication du procédé, six praticiens seulement, sur le continent, en avaient connaissance. Et, pour que rien ne manque à la conviction, disons enfin que tous ces faits sont prouvés par des pièces authentiques, par des actes publics. Nous pouvons donc déclarer, avec toute l'énergie que donne la conscience du bon droit, que Palfyn n'est redevable qu'à lui seul des idées qui l'amenèrent à la grande découverte pour laquelle il a mérité d'être mis au nombre des bienfaiteurs de l'humanité.

On a beaucoup prodigué ce titre glorieux ; mais personne n'en fut jamais plus digne que Palfyn. Rappelez-vous, en effet, Messieurs, à quelles extrémités la science

des accouchements était réduite avant qu'il ne fît sa découverte. Dans tous les cas où la tête ne pouvait franchir le détroit supérieur du bassin, la science n'indiquait pas de moyen pour sauver l'enfant et, presque toujours, la mère était victime de cet accident. Le chirurgien, spectateur inactif de ses souffrances, devait attendre jusqu'à ce qu'il pût présumer que l'enfant fût mort, et alors il le dépeçait dans le sein de sa mère et l'en retirait pièce par pièce; cela est horrible à penser et pourtant cela est vrai : c'est de l'histoire, et si vous feuilletez l'ouvrage de Mauriceau, du plus célèbre accoucheur du dix-septième siècle, vous pourrez y contempler à loisir, tout l'arsenal des instruments inventés pour briser le crâne, mutiler et séparer les membres de l'enfant; mais vous en chercherez vainement un seul qui fût destiné à tenter un effort pour lui conserver l'existence.

L'invention de Palfyn changea tout, dans la pratique des accouchements, et ces instruments meurtriers ne sont plus signalés dans l'histoire de la chirurgie que pour marquer le point d'où la science est partie avant d'arriver à sa perfection actuelle. Les *Mains* de Palfyn, modifiées par Levret et Smellie, sont devenues le forceps, qui se trouve aujourd'hui entre les mains de tous les accoucheurs; grâce à son emploi, l'enclavement n'est plus qu'un accident dont la gravité n'inquiète guère, et l'art trouve encore en lui une ressource salutaire contre diverses autres complications qui étaient fatales autrefois.

Oh! si Jenner a droit à une éternelle reconnaissance pour avoir fait disparaître du monde le fléau hideux de la petite vérole, Palfyn ne peut être assez béni, pour

avoir enrichi la science d'une invention qui a déjà sauvé la vie à des milliers de créatures humaines, et qui, aujourd'hui encore, a une si grande influence sur le bonheur des familles, en protégeant le foyer domestique contre l'invasion subite, terrible, du désespoir et de la mort!

Des efforts si constants, suivis de si grands résultats, méritaient sans doute une digne récompense..... Ici, Messieurs, un douloureux souvenir vient nous attrister! Palfyn, dont la vie avait été si laborieuse, qui portait le dévouement à l'humanité jusqu'à la passion, Palfyn s'était oublié lui-même et n'avait pas songé aux nécessités de l'avenir. La vieillesse le surprit au dépourvu. Brisé par ses travaux et par l'âge, souffrant et infirme, dans son isolement et sa misère, il n'avait plus qu'une consolation : c'était le souvenir d'une vie pure et sans tache, et la conscience de n'avoir pas mérité l'indifférence de ses concitoyens. Il se vit, à la fin, obligé de vendre sa bibliothèque pour se procurer le pain de ses derniers jours, et, à l'approche de la mort, il demanda, pour ses dépouilles mortelles, une place au milieu de ces tombes ignorées que le cimetière réserve au pauvre; puis, emportant avec lui le secret de ses privations et de ses souffrances, il succomba à l'âge de quatre-vingts ans, le 21 avril 1730.

Son tombeau fut oublié pendant plus d'un demi-siècle. Tout à coup, comme suscitée pour rappeler son grand nom, une voix étrangère s'élève, qui cherche à déprécier ses travaux; mais l'injustice réveille l'enthousiasme autour de sa cendre refroidie. Le collége des médecins de Gand proteste avec énergie contre les détracteurs de notre illustre compatriote, en lui faisant ériger un cénotaphe, sur lequel sont fixées une couronne civique

et l'image de l'instrument qu'il inventa. Quelque temps après, cette réparation paraît insuffisante ; un grand nombre de médecins de la Flandre se rallient à leurs collègues de Gand et, une année après l'inauguration de ce premier monument, on élève un mausolée, dû au ciseau d'un de nos grands sculpteurs et digne, par sa magnificence, de celui à qui il est consacré; enfin, pour répondre à des attaques imméritées, une reconnaissance malheureusement trop tardive inscrit, sur ce monument, en lettres de bronze, ces mots : *A l'immortel génie de Palfyn !*

Aujourd'hui, la Belgique régénérée saisit toutes les occasions de montrer avec orgueil au monde, les hommes célèbres qu'elle a engendrés, ces nobles enfants qui font sa gloire, et parmi lesquels Palfyn occupe une si belle place ! Son souvenir avec son nom, parcourt sa patrie sur ce réseau de fer, merveille de notre siècle ; son image brille, au premier rang, dans ce sanctuaire qu'un Monarque éclairé a voulu consacrer aux sciences médicales ; la ville où il naquit, honore sa mémoire en donnant le nom de Palfyn à l'une de ses plus belles rues, et, bientôt, elle lui élèvera une statue aux pieds de laquelle nous irons déposer le tribut de vénération et de reconnaissance qui est dû à celui qui a bien mérité des hommes !

Après ces lectures, M. le Président proclame les noms des auteurs des Mémoires auxquels l'Académie a accordé des médailles dans sa séance du 28 septembre dernier. Ce sont :

Pour la question de *l'influence que les marais et les polders exercent sur la santé et sur la durée de la vie,*

MM. les docteurs Brasseur, de Genappe, et De Condé, médecin de régiment, à Arlon; et pour la seconde question, celle *sur la chlorose et l'anémie,* M. le docteur E. De Bruyn, de Saint-Trond.

M. le Président fait connaître ensuite les noms des savants étrangers que l'Académie a élus membres honoraires, et dont l'élection a été agréée par un arrêté royal du 15 octobre courant (1).

A la suite de ces communications, M. le Président annonce, en ces termes, les questions proposées pour les prochains concours.

I. — CONCOURS DE 1844-1846.

PREMIÈRE QUESTION.

« Décrire l'état puerpéral, et éclairer, par des faits, la nature et le traitement des maladies auxquelles cet état prédispose. »

Prix : *Une médaille d'or de* 500 *francs.*

DEUXIÈME QUESTION.

« Indiquer les mesures et les précautions à prendre pour la conservation de la santé des détenus dans les maisons pénitentiaires soumises au régime de la séparation complète. »

L'Académie recommande aux concurrents de n'apporter à l'appui de leurs opinions, que des faits puisés aux meilleures sources.

Prix : *Une médaille d'or de* 300 *francs.*

---

(1) Voir *Bulletin*, tome IV, pages 757 et 774.

Un arrêté royal du 20 novembre 1844, rendu sur la proposition de M. le Ministre de la Justice, élève le prix de la médaille à la somme de 800 francs.

TROISIÈME QUESTION.

« Donner la structure anatomique comparée de l'utérus, chez les femelles des animaux domestiques quadrupèdes; décrire, avec précision, les modifications que les corps de Gaertner subissent aux différents âges de la vie et dans l'état de gestation, chez les animaux qui sont pourvus de cet appareil organique; et, enfin, indiquer le rôle que cet appareil remplit dans l'économie animale. »

Prix : *Une médaille d'or de 300 francs.*

QUATRIÈME QUESTION.

« Faites une exposition méthodique et une appréciation raisonnée des applications que, depuis le commencement de ce siècle, on a faites de la physique et de la chimie, à la médecine tant théorique que pratique. »

L'Académie entend que toutes les applications de la physique et de la chimie, faites depuis le commencement du XIXe siècle, à la médecine, prise dans son acception la plus étendue (physiologie, pathologie, thérapeutique, hygiène, médecine publique), soient tout à la fois indiquées, exposées et soumises à une appréciation raisonnée.

Prix : *Une médaille d'or de 1,000 francs.*

Les Mémoires en réponse à ces questions devront être écrits en latin ou en français.

II. — CONCOURS DE 1845-1846.

« Faire connaître les effets du sel commun, tant comme moyen d'améliorer et de conserver les fourrages, que comme moyen préservatif contre les maladies des animaux herbivores servant à l'agriculture; indiquer la quantité qu'on peut donner de ce sel à chaque animal, eu égard à l'espèce à laquelle il appartient, à sa destination, à son âge, à son tempérament, à l'état de sa santé, à la localité qu'il habite, et aux autres conditions hygiéniques plus ou moins favorables dans lesquelles il peut se trouver; établir quels sont les meilleurs modes d'administration du même sel, soit à titre de condiment, soit pour le faire servir à la conservation des matières alimentaires, et enfin, signaler les accidents ou les maladies qui pourraient résulter de son usage à trop fortes doses. »

Les Mémoires en réponse à cette question doivent être écrits en français, en flamand ou en latin, dans un style simple et concis, et sous forme d'instruction populaire à la portée des agriculteurs, basée principalement sur les faits et sur les expériences qui ont été publiés sur la matière, par les vétérinaires et les agronomes des différents pays.

Prix : *Une médaille d'or de* 600 *francs.*

III. — CONCOURS DE 1845-1847.

PREMIÈRE QUESTION.

« Faites connaître l'influence que les marais et les *polders* exercent, spécialement en Belgique et dans les pays limitrophes, sur la santé et sur la durée de la vie ; indiquez les moyens de neutraliser cette influence en tout

ou en partie, par des mesures d'hygiène tant publiques que privées. »

Prix : *Une médaille d'or de* 1,200 *francs.*

DEUXIÈME QUESTION.

« Déterminer, par des expériences, les modifications qu'éprouvent l'albumine animale, la fibrine, le sucre, la fécule et la gomme, dans le canal digestif ;

« Examiner sous quelle forme ces matières sont absorbées, et comment elles se comportent avant et lors de la conversion du chyle en sang. »

L'Académie désire que ce travail soit accompagné d'une série d'analyses quantitatives des substances provenant des modifications ci-dessus indiquées.

Prix : *Une médaille d'or de* 800 *francs.*

TROISIÈME QUESTION.

« Établir une théorie de la chylose, de la lymphose et de l'hématose, au point de vue des analogies que ces trois actes organiques peuvent présenter ;

« Faire connaître les transformations que le chyle, la lymphe et le sang subissent, et leurs usages définitifs dans l'économie. »

Prix : *Une médaille d'or de* 1,000 *francs.*

QUATRIÈME QUESTION.

« Énumérer les divers traitements qui ont été successivement proposés dans les fractures des extrémités ; faire ressortir leurs avantages relatifs, et indiquer quels sont les traitements qui doivent obtenir aujourd'hui la préférence. »

Prix : *Une médaille d'or de* 600 *francs.*

CINQUIÈME QUESTION.

« Faire un examen approfondi de la constitution chimique des corps gras employés en médecine ; exposer leurs caractères distinctifs, leurs altérations spontanées, et les moyens de reconnaître leurs falsifications. »

Prix : *Une médaille d'or de 500 francs.*

Les Mémoires en réponse à ces questions doivent être écrits en latin ou en français.

La remise des Mémoires devra avoir lieu, savoir :

Pour les questions du premier programme, avant le 1er avril 1846 ; pour celle du second, avant le 1er juin de la même année, et pour celles du troisième programme, avant le 1er avril 1847.

Les Mémoires manuscrits seront seuls admis aux concours ; ils devront être adressés, francs de port, à M. le docteur D. Sauveur, secrétaire de l'Académie, rue du Bois-Sauvage, n° 2, à Bruxelles. Les planches qui seraient jointes aux Mémoires doivent être également manuscrites.

Les auteurs ne mettront point leurs noms à leurs ouvrages, mais seulement une devise qu'ils répèteront dans un billet cacheté, renfermant leur nom et l'indication du lieu de leur résidence. Ceux qui se feraient connaître de quelque manière que ce soit, ainsi que ceux dont les Mémoires arriveraient après les termes fixés ci-dessus, seront exclus des concours.

La séance est levée à quatre heures.

MÉTÉOROLOGIE. — *Observatoire Royal de Bruxelles.*

OCT. 1845.	Baromètre réduit à 0°, à 9 h. du matin.	Température centigrade de l'air, à 9 h. du m.	Extrêmes de la température centigrade. Maxim.	Minim.	Hygromètre de Saussure, à 9 h. du m.	Hauteur de l'eau recueillie à midi en millim.	Vents dominants.	ASPECT GÉNÉRAL DE LA JOURNÉE.
	mm.	°	°	°	°			
1	758,06	+11,7	+14,9	+ 8,6	91,5	»	NNE.-SO.	Beau.
2	755,14	+15,7	+18,6	+10,9	94,0	0,38	SO.-SSO.	Assez beau, doux; vent dans la matinée.
3	751,78	+17,8	+21,3	+14,0	91,5	0,06	SSO.-S.	Assez beau, très-doux; orageux le soir.
4	750,74	+16,8	+21,2	+13,2	93,5	17,82	SO.	Beau, doux.
5	754,77	+12,9	+15,2	+ 7,1	92,5	0,38	SO.-ONO.	Sombre, pluie par intervalles.
6	756,58	+ 7,4	+14,7	+ 5,0	94,5	1,27	E.-ESE.	Sombre, pluvieux.
7	747,90	+12,3	+15,7	+10,3	88,5	0,89	SSO.-S.	Assez beau; vent le matin, menaçant le soir.
8	745,87	+11,3	+15,2	+ 9,1	93,5	2,04	SO.-OSO.-S.	Nuageux.
9	744,10	+12,3	+15,1	+ 9,4	91,5	1,02	SSO.-SSE.	Assez beau le matin, pluvieux le soir.
10	749,73	+ 9,1	+13,9	+ 6,2	92,5	3,18	SSO.-S.	Assez beau; nuageux après midi.
11	744,65	+ 9,9	+10,5	+ 9,2	95,5	1,91	ESE.-E.-N.	Sombre, très-pluvieux.
12	759,00	+ 9,6	+14,1	+ 6,8	96,0	6,75	O.-SO.	Beau.
13	768,82	+ 8,5	+14,1	+ 5,0	100,0	«	SO.-SE.	Très-beau.
14	772,43	+ 9,0	+13,4	+ 4,7	91,5	«	SE.-ESE.	Temps magnifique, pas un nuage.
15	767,42	+ 7,0	+12,7	+ 3,3	89,5	«	SE.	Temps magnifique, pas un nuage.
16	759,47	+ 9,2	+11,2	+ 4,7	87,5	«	SO.-OSO.	Brumeux.
17	762,66	+ 8,0	+12,2	+ 5,2	98,0	0,64	OSO.-SO.	Couvert, sombre; vent frais le soir.
18	761,32	+13,8	+14,4	+10,8	94,0	0,38	OSO.	Sombre, nuageux.
19	765,30	+12,1	+15,8	+10,0	97,0	0,25	OSO.	Sombre, nuageux.
20	759,13	+11,9	+13,0	+ 8,0	96,5	0,13	OSO.	Nuageux; le soir beau, vent frais.
21	762,75	+ 8,4	+11,2	+ 6,3	87,0	«	O.-ONO.	Beau, nuages.
22	767,29	+ 8,3	+12,0	+ 5,7	95,0	«	OSO.-ONO.	Sombre, nuageux.
23	771,72	+10,0	+13,1	+ 8,0	91,5	«	ONO.	Sombre mais beau.
24	770,12	+ 6,3	+11,4	+ 3,5	94,0	«	O.-SE.	Temps magnifique.
25	763,07	+ 6,5	+11,8	+ 4,1	95,0	«	OSO.	Beau.
26	766,03	+ 8,8	+11,8	+ 5,8	91,5	«	OSO.	Assez beau, gris.
27	761,38	+ 7,8	+11,6	+ 6,0	91,0	«	OSO.	Sombre, gris, vent désagréable.
28	760,66	+ 9,8	+13,3	+ 7,6	92,5	«	SO.-OSO.	Beau, un peu sombre.
29	759,96	+10,0	+13,3	+ 4,3	94,0	«	SO.-S.	Très-beau.
30	757,16	+ 7,2	+14,1	+ 3,7	91,0	«	SSO.-SO.	Beau le matin, ensuite sombre.
31	761,24	+10,5	+14,9	+ 8,8	98,0	«	SO.-ENE.	Beau.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE QUATRIÈME VOLUME.

A

ACADÉMIE. — *Communications* du Bureau, 442, 554, 784. — *Communications* du Gouvernement, 1, 65, 131, 223, 353, 437, 539, 705, 774. — *Compte-rendu* des travaux de l'année 1844-1845, par M. Sauveur, secrétaire, 849. — *Concours :* réponses aux questions mises au concours pour 1845, 312, 442, 544; lettre de M. le Ministre de l'Intérieur, relative à un prix à proposer sur la manière de dénaturer le sel destiné à la nourriture du bétail, 438; mise de cette question au concours, 597; demande de renseignements sur une des questions proposées, 540; interprétation, 602; rapports sur le concours de 1845, 707, 735; suites données à ces rapports, 785, 899; rapport sur les questions proposées pour le concours de 1847, 755; retrait de deux questions du concours de 1845, 757; questions pour les prochains concours, 900. — *Echange* de publications, 2, 354, 439, 540. — *Élection* de six membres honoraires, 757; leur agréation par le Roi, 774. — *Ouvrages présentés,* 61, 129, 219, 308, 351, 434, 537, 599, 702, 770, 846. — *Séances privées,* dates de ces séances : 1er et 29 décembre 1844, 26 janvier, 23 février, 30 mars, 27 avril, 1er et 29 juin, 27 juillet, 28 septembre et 26 octobre 1845. — *Séance publique*, 849. — *Sections :* Nominations de leurs présidents et de leurs secrétaires pour l'année 1844-1845, 3, 66, 132.

AMPUTATIONS. — Rapport final sur les nouveaux procédés opératoires de M. Soupart, par M. Seutin, 603.

ANATOMIE CHIRURGICALE. — Pièce d'anatomie chirurgicale sur cuir relief, offerte par MM. Carteaux et Chaillon, 706.

ANDRAL, nommé membre honoraire, 757.

APPAREIL à irrigations ou injections continues, présenté par M. Libault-Despruneaux : rapport de M. Graux, 300.

ART DES ACCOUCHEMENTS. — Mémoire sur la compression temporaire de l'aorte ventrale dans le cas de métrorrhagie grave, suite des couches; par M. Seutin, 36. — Proposition sur l'abolition de l'opération césarienne, par M. Thirion : corollaires de ce travail, 66, 354; rapport sur la proposition, par M. Seutin, 410; discussion de ce rapport, 412, 477.

Art du dentiste. — De la structure des dents, de l'action pernicieuse exercée par le mercure sur ces organes, et des dangers de l'emploi des pâtes mercurielles pour le plombage des caries dentaires; par le docteur Talma, 666.—Y a-t-il lieu d'autoriser les personnes du sexe à pratiquer d'autres branches de l'art de guérir que celles des accouchements, et notamment l'art du dentiste, alors même qu'elles auraient déjà subi, ou qu'elles se proposeraient de subir les examens requis pour obtenir cette autorisation, 774; rapport sur cette demande ministérielle, par M. Tallois, 786.

B

Bayenet, 66.
Bougard, 51.
Broeckx, 445, 601, 707.
Brulures.—Mémoire sur le traitement des coarctations de la main et des doigts, suites de brûlures, par le déplacement des cicatrices; par le docteur J. Guérin, 416.
Burdach, nommé membre honoraire, 757.
Burggraeve, 124, 448, 764.

C

Calcul uréthro-périnéal très-volumineux, avec extraction et guérison; observation présentée par le docteur Payan, 132.
Capsules gélatineuses.—Rapport de M. Stas sur les préparations de ces capsules, par M. Fraikin, 448.
Carolus, 223.
Carron du Villards, 706.
Carteaux et Chaillon, 706.
Chevallier, 706, 790.
Chirurgie pratique. — Rapport sur les observations présentées par M. Decaisne, par M. Verbeeck, 224.
Coliques métalliques.—Essai sur les coliques métalliques; par A. Chevallier, 706, 789, 790.
Craninx, 735.
Cyanose. — Communication relative à un cas de cyanose, faite par M. Fallot, 692.—Cas de cyanose congéniale sans cause apparente; par M. François, 698.

D

Daumerie, 107.
Dechange, 775.
Defooz, 445.
De Lavacherie, 28, 301, 304, 758.
De Mersseman, 873.

Dujardin, 602.
Duplicité monstrueuse par inclusion chez la poule, communication faite par M. Verheyen, 700.
Durant, 2, 66, 603.
Duvieusart, 354.

E

Eau de mer. — Appareil inventé par M. Th. Scheidweiler pour la rendre potable, 539.
Entérotome. — Note sur l'emploi d'un nouvel entérotome dans le traitement des rétrécissements de l'urètre ; par le docteur Pétrequin, 224.
Entérotomie. — Rapport sur le nouvel instrument de M. Brogniez pour pratiquer cette opération, par M. Graux, 313; discussion de ce rapport, 318, 452.
Épidémies et épizooties. — Rapport sur la proposition de M. François, par M. Sauveur, 337 ; adoption des conclusions de ce rapport, 354. — Rapports qui émaneront des Commissions médicales, 437. — Nomination d'une Commission des épidémies et des épizooties, 544.

F

Fallot, 692.
Fer.—Rapport de M. Stas sur les préparations ferrugineuses de M. Béral, présentées par M. Louys, 447.
Fièvre typhoïde. — Etudes sur les causes et sur l'évolution de la fièvre typhoïde, par L. Mascart : suite de la discussion du rapport de M. Lequime, 123, 132.
Forceps. — Note sur le véritable inventeur du forceps ; par M. Broeckx, 601.
Fortuner, 65, 353.
Fractures.—Observations de fractures compliquées; par le docteur Mussche, 312 ; rapport sur ces observations, par M. Langlet, 546. — Rapport sur la proposition de M. Seutin, relative au traitement des fractures, par M. Phillips, 355; discussion de ce rapport, 366, 548, 605.— Réclamation de M. A. Uytterhoeven, 439.—Réponse de M. Seutin, 541. — Note sur un nouvel appareil pour la cure des fractures ; par M. A. Uytterhoeven, 602.—Réclamation de M. Velpeau, au sujet de quelques points de la discussion sur le traitement des fractures, 775.
François, 698.

G

Garou.—Sur l'emploi de la feuille de garou pour l'établissement et l'entretien des exutoires ; par le docteur Hollert, 706.
Ginseng.—Fragment de véritable ginseng de Chine, soumis à l'Académie par M. Dechange, 775.
Gouzée, 3.

Graux, 51, 300, 313, 755.
Grossesse interstitielle ; cas grave de médecine légale s'y rattachant ; par le docteur Payan, 132.
Guérin, 416, 775, 810.

H

Hainaut, 354.
Hollert, 706.
Huiles grasses. — Clôture de la discussion sur les Considérations thérapeutiques et pratiques sur l'usage des huiles grasses, présentées par M. Burggraeve, 124.
Hystérotomie pratiquée par le prêtre, 66, 354, 410, 477.

I

Inhumations. —Rapport sur les mémoires de M. Defooz, par M. Broeckx, 445.

J

Jäger, nommé membre honoraire, 757.

L

Lados, 706.
Lambour, 439.
Langlet, 546.
Larynx.—Note sur les polypes fibreux du larynx, par A. Burggraeve, 764.
Législation médicale. — Requêtes au sujet de la vente des médicaments par les médecins et les chirurgiens, 65, 131. — Y a-t-il lieu de provoquer une disposition législative pour obliger les médecins, les chirurgiens et les accoucheurs, à donner les soins de leur art à toutes les personnes qui viennent les réclamer, 66. — Examen d'un rapport de la Commission médicale provinciale du Luxembourg, relatif à la tenue des officines des pharmaciens dans cette province, 223. — Demande d'une prompte révision des dispositions qui régissent le service pharmaceutique, et d'un projet de loi sur l'exercice de l'art de guérir, 353, 354.— Quels sont les médicaments simples qui peuvent être vendus par des personnes étrangères à la pharmacie, 706.
Lit mécanique. —Notice sur un lit mécanique confectionné par M. Lambour, 439.
Lombard, 67.

M

Mareska, 545.
Marinus, 268.
Martens, 518.
Maton-Morand, 706.

Médecine légale. —Rapport de M. Marinus sur le Mémoire relatif à plusieurs questions de médecine légale, concernant la suspension, par M. Thauvoye, 268. — Grossesse interstitielle ; cas graves de médecine légale s'y rattachant par le docteur Payan, 132.—De l'infanticide dans le cas d'asphyxie par submersion ; par M. le docteur Lados, 706.

Médecine vétérinaire. — Rein de porc offrant une affection pathologique, décrite par M. Bayenet, 66.

Médicaments.—Rapport sur les considérations de M. Sélade sur le mode d'action des principes morbides, des médicaments, etc., par M. Daumerie, 107.

Météorologie. — Observations recueillies à l'Observatoire royal de Bruxelles, 222, 310, 352, 436, 538, 600, 704, 773, 848, 905.

Métro-péritonite puerpérale. — Rapport sur une observation de M. Graux, par M. Gouzée, 3.

Métrorrhagie. — Mémoire sur la compression temporaire de l'aorte ventrale dans le cas de métrorrhagie grave, suite des couches ; par M. Seutin, 36.

Muller, nommé membre honoraire, 757.

Munchen, 65.

Mussche, 312.

N

Nasse, nommé membre honoraire, 757.

O

Œsophagotomie appliquée aux rétrécissements de l'œsophage ; par V. De Lavacherie, 758.

Orge perlé en gruau. — Envoi d'un échantillon par l'établissement des Moulins à vapeur, de Molenbeeck-Saint-Jean, 1.—Rapport de M. Mareska, sur ce produit, 545.

Orthopédie. — Mémoire sur l'orthopédie ; par le docteur Tacheron, 312.

Ostéophyte. — Tumeur osseuse du volume d'une forte tête de fœtus, embrassant à peu près la circonférence de plus du tiers moyen de la diaphyse de l'humérus ; observation de M. De Lavacherie, 304.

Ouvriers. — Mémoire sur leur condition dans l'arrondissement de Dinant, 2. —Rapport sur la proposition de M. Sauveur relative à l'étude des maladies de la classe ouvrière, en Belgique, par M. Burggraeve, 448.—Essai sur les coliques métalliques, par M. Chevallier, 790.

P

Palfyn. — Son Éloge, 873.

Payan, 132, 775.

Pétrequin, 224.

Pharmacotechnie. — Rapport sur le Mémoire de M. Rigouts-Verbert, relatif à la pharmacotechnie, par M. Stas, 447.
Phillips, 355.
Phlegmons.—Mémoire sur le traitement abortif des tumeurs phlegmoneuses, par l'incision sous-cutanée ; par M. J. Guérin, 775, 789, 810.
Physiologie.—Sur les théories chimiques de la respiration et de la chaleur animale ; par M. Martens, 518.
Poisons.—Rapport sur les considérations de M. Sélade sur leur mode d'action, etc., par M. Daumerie, 107. — Projet de loi du Gouvernement français relativement à la vente des substances vénéneuses, 540.
Polypes. — Note sur les polypes fibreux du larynx ; par M. Burggraeve, 764.
Pommes de terre. — Sur la désinfection par l'acide hydrochlorique, de la partie de la pomme de terre altérée par la maladie dont ce tubercule est actuellement atteint ; par le docteur Hollert, 706.
Principes morbides. — Rapport sur les considérations de M. Sélade sur le mode d'action des principes morbides, etc., par M. Daumerie, 107.
Psyllium.—Rapport de M. Stas sur la recette d'une pommade de psyllium, présentée par M. Vloeberghs, 447.

R

Racahout.—M. Maton-Morand demande l'examen d'un échantillon d'un racahout analeptique végétal de sa composition, 706.
Remomt, 540.
Résection. — Observation de résection du péroné ; par MM. Graux et Bougard, 51.
Rigouts-Verbert, 447.

S

Saignée pratiquée par les sages-femmes : rapport sur le travail de M. Peetermans, par M. De Lavacherie, 28.
Sauveur, 337, 849.
Scheidweiler, 539.
Séalen, 131.
Seigle-ergoté.—Rapport sur le travail de M. Sovet, relatif à son action physiologique, par M. Van Coetsem, 118.—Observations sur ce rapport, par M. Sovet, 312.
Sel.—Prix proposé sur la manière de le dénaturer, pour servir à la nourriture du bétail, etc., 438, 597.
Seutin, 36, 410, 541, 603.
Siebold (von), nommé membre honoraire, 757.
Soupart, 444.
Sourds-muets.—Rapport sur les considérations présentées par M. Verté, par M. Lombard, 67.
Sovet, 118, 132, 312.

Spring, 602.
Stas, 447, 448.
Strabisme. — Essai sur l'influence du strabisme dans l'exercice de diverses professions ; par M. Carron Du Villards, 706.
Système pénitentiaire. — Prix proposé, 131.

T

Tacheron, 312.
Tallois, 786.
Talma, 666.
Thirion, 66, 354.
Tumeur osseuse, embrassant la circonférence du tiers moyen de la diaphyse de l'humérus : communication de M. De Lavacherie, 304.
Tumeur sanguine fibroïde du cordon testiculaire, produite par cause traumatique : communication de M. De Lavacherie, 301 ; observation de cette tumeur, recueillie par M. Dujardin, 602 ; description, par M. Spring, *ibid.*

U

Urètre. — Sur l'emploi d'un nouvel entérotome dans le traitement des rétrécissements de l'urètre ; par le docteur Pétrequin, 224.
Uytterhoeven (A.), 439, 602.

V

Vaccine. — Mémoire sur la vaccine primitive ; par M. Verheyen, 125, 340 ; vote sur l'impression de ce travail, 355.
Van Coetsem, 118.
Van Cutsem, sa mort, 311.
Verbeeck, 224.
Velpeau, 775.
Verheyen, 125, 340, 355, 700.
Vision. — Essai sur l'influence du strabisme dans l'exercice de diverses professions ; par M. Carron du Villards, 706.
Vloebergh, 447.
Volvulus. — Retrait du Mémoire de M. Duvieusart, 354.

ERRATA.

Page 174, ligne 13, parties ; *lisez* matières.
» 421, » 24, altérée, *lisez* attirée.
» 721, » 5, de Venise fit en 1741 à Viaregio ; *lisez* de Lucques fit en 1741 à Viareggio.

REPRODUCTION ET REVUE

DES

JOURNAUX ÉTRANGERS.

II. HYGIÈNE, DIÉTÉTIQ., PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

I. *Essai sur l'acclimatement des Européens dans les pays chauds;* par le docteur AUBERT-ROCHE, ex-médecin en chef au service d'Egypte.

(Suite : *voir* t. 152, avril 1845, p. 1 ; t. 153, mai, p. 2 ; t. 158, octobre; p. 1.)

(Annales d'Hygiène publique, octobre 1845.)

§ III. — *Des pluies, des vents, et de la pesanteur de l'air et de sa qualité. — Pluies.* — Dans les pays intertropicaux, et surtout en Abyssinie, la saison des pluies est celle qui offre à l'observateur les remarques météorologiques les plus curieuses par rapport à leur fréquence et à leur régularité. C'est l'hiver de ces contrées, et c'est cependant la saison où la végétation est la plus riche et la plus vigoureuse. Le soleil arrivant au zénith, donne le signal des pluies : elles commencent en général, dans l'Abyssinie, au mois de mai, augmentent en juin et en juillet; au mois d'août, elles sont à leur summum d'intensité ; vers la fin, elles diminuent enfin, et cessent entièrement vers le milieu de septembre. On a vu que ces mois, et surtout celui d'août, étaient les plus froids. Pendant le temps des pluies, la matinée est belle, excepté quelques journées dans le mois de juillet ou d'août ; c'est à peine si elles sont à remarquer. On peut dire qu'il ne se passe pas une journée en Abyssinie sans soleil. Voici la marche régulière des choses dans la saison des pluies; nous y avons assisté. Le soleil se lève resplendissant; à peine existe-t-il quelques vapeurs à l'horizon. La pureté du ciel est complète jusque vers dix heures; alors apparaissent çà et là dans l'atmosphère quelques vapeurs blanches, légères, disséminées; elles vont en augmentant jusqu'à midi ou une heure, jusqu'à ce qu'elles aient pris une couleur plus foncée. Alors le tonnerre gronde, pas toujours, et la pluie tombe par torrents; les vents d'est et de sud-est

soufflent, passent à l'ouest et au nord : alors la pluie cesse, les nuages se dissipent, et souvent la soirée est calme et sereine, les étoiles brillent au firmament, tandis que l'on entend mugir les torrents formés dans les montagnes. Le matin au réveil, la nature est resplendissante, la végétation brillante : on trouve à peine le sol mouillé, les torrents gonflés; tout est rentré dans l'ordre pour recommencer quelques instants après. Tel est le spectacle qu'offre l'Abyssinie pendant la saison des pluies, pendant l'hiver.

Dans le reste de l'année, vers le mois de mars, et surtout vers le mois d'octobre, il tombe quelques ondées; mais elles sont passagères, et sont dues à des phénomènes météorologiques inconstants.

MM. Galinet et Ferret ont mesuré la quantité d'eau tombée à Antitcho depuis le mois de mai jusqu'au mois de septembre 1841 ; elle a été de 783 millimètres.

Dans le Tigré, les vents sont à peu près les mêmes qu'à Gondar; seulement je crois que les pluies y sont un peu moins abondantes.

La saison des pluies doit spécialement attirer notre attention, non comme affaire d'acclimatement, mais par rapport aux maladies, dont nous avons déjà cité les principales. C'est alors que les brusques variations de température ont lieu, que l'air est saturé d'humidité, que la température de l'année est à son minimum : aussi est-ce le temps où les précautions hygiéniques doivent être le plus étudiées, celui où il faut le moins s'en écarter, sous peine d'être atteint de dyssenterie ; elles peuvent se résumer ainsi : éviter le froid et l'humidité. Or, je regarde cela comme très-facile.

Quant à la pesanteur de l'air et à ses effets, je ne sais ce qu'il faut en penser ; mais je ne me suis jamais aperçu de leur influence sur les phénomènes physiologiques. La hauteur du baromètre est à peu près invariable; elle est suivant les hauteurs : cependant il est juste de dire qu'il éprouve des oscillations comme en France, à l'approche d'un orage ou par un temps couvert.

Si la remarque faite sur l'insalubrité des pays où le fer exposé à l'air s'oxyde facilement est exacte, l'Abyssinie doit être un pays excessivement salubre : nos armes, et entre autres des sabres de cavalerie dont les fourreaux étaient en fer poli, ne se sont pas couverts, même pendant le temps des pluies, de la moindre tache de rouille. Nous avons fait la même remarque sur les lances

des Abyssiniens. Cependant l'humidité est assez grande pendant cette saison.

Résumé. — Ce rapide exposé des phénomènes météorologiques peut déjà laisser entrevoir combien l'acclimatement de la race blanche dans ce pays intertropical doit être facile, attendu que ces phénomènes sont, à part les pluies périodiques, les mêmes que dans l'Italie au printemps. Cependant nous noterons comme demandant une attention spéciale, les faits suivants :

1° La saison des pluies comme le temps où se développent les principales maladies ;

2° Les brusques variations de température et l'humidité, pendant cette même saison, comme causes principales de la dyssenterie et des affections des organes respiratoires ;

3° L'uniformité de la température dans les régions moyennes, comme à Gondar ; ce qui fait de l'Abyssinie un des pays les plus salubres de la terre.

On peut dire avec raison que cette contrée jouit d'un printemps perpétuel.

CHAPITRE III. — *Topographie.*

Dans l'aperçu général, nous avons dit que les populations d'Abyssinie se trouvaient surtout renfermées sur les plateaux élevés de 1,800 à 2,500 mètres au-dessus de la mer. En effet, mais il y a des exceptions, on rencontre des endroits habités à 3,000 et 4,000 mètres, comme Divil dans le Samen, Atsbi dans l'Agamé ; de même, dans le Waldubla on trouve des villages à 1,000 ou 1,200 mètres. Entre 1,200 et 1,500 mètres, on peut comprendre le lac Dembéa, ses bords, les pays environnants, et le fond de la plupart des ravins, des plateaux du Siré, du Temben, du bas Samen, du Hamacen. Le Mareb et le Teccazé sont plus bas, à 1,200 et 1,000 mètres. C'est dans ces parties et à ces hauteurs que l'on rencontre les localités insalubres, celles où règnent les fièvres continues et intermittentes pernicieuses. Ces parties sont peu habitées. De 18 à 2,500 mètres, toute la population se trouve concentrée entre les chiffres de ces hauteurs. Elles comprennent, en effet, les plateaux où sont situées les villes d'Adouah, de Gondar, de Devratawer et d'Ankober, les principaux centres de population de Dixan, de Chelicut, d'Antalov, d'Axum, de Maïtsalo, d Eutchescanb, de Darrasgué, de Tchelga et d'Angolala. Les riches plateaux de l'Agamé, du Tigré, du Siré, du bas Samen, du Wogora, du Dembea, du Begemder, du Gojam et du Schoa, situés entre 18 à 2,500 mètres, sont regardés, à ces hauteurs, comme très-salubres. Cependant, vers 1,800 mètres, dans

certaines localités, dans le Siré et le Samen, par exemple, il règne des fièvres intermittentes simples, qui quelquefois prennent le caractère pernicieux.

Pour donner une idée de la configuration, de l'aspect que présentent les différentes provinces de l'Abyssinie, nous décrirons, en parlant des bois de la mer Rouge, le Sérawé, l'Agamé, le Tigré, le Siré, le Samen, et les environs du lac Tsana. Ces pays contiennent toutes les variétés de situation que l'on peut rencontrer.

Lorsque l'on quitte le rivage de la mer Rouge, on suit une grande plaine sablonneuse qui vous conduit à un ravin par une pente insensible, et à une vallée qui se nomme la vallée d'Hammamo. Là commence une gorge étroite, tortueuse, que vous suivez pendant douze heures, et vous arrivez au pied du Tarenta, montagne à pic qu'il vous faut franchir, et qui n'est que le versant est des plaines de l'Abyssinie. L'élévation au-dessus du niveau de la mer est peu importante, à peine atteint-elle la limite de 200 mètres. Cependant la position dans le fond d'une gorge suffit pour faire éprouver déjà une température différente de celle des bords de la mer Rouge, à peu près de 2 degrés; on s'en aperçoit surtout à l'eau, et à la soif, qui est moindre. Celle-ci est peu intense, mais l'eau est glaciale; on a perdu l'habitude, sur le littoral, de faire usage d'un liquide aussi froid. Du reste, l'eau de la vallée est excellente.

Une ascension de six heures environ vous amène sur le sommet de la montagne, sur le premier plateau de l'Abyssinie, au milieu des cèdres : c'est le Sérawé. La différence de température est de 10 degrés. Ici la scène change : au lieu de terrains brûlés, de rochers superposés, ce sont des plaines accidentées, des monticules couverts d'arbres et d'arbrisseaux, des champs cultivés, des prairies incultes, mais couvertes de broussailles. Cette partie, la plus élevée de la province, est généralement coupée de profonds ravins secs et sans eau, excepté dans le temps des pluies. Vers les deux tiers, en allant sur Adouah, on rencontre une vaste plaine couverte de mimosas, longeant le pied des montagnes. Le Mareb est situé à l'extrémité. Dans le temps des pluies, il y a danger à l'habiter. On n'est plus qu'à 1,200 ou 1,500 mètres au-dessus du niveau de la mer. Un de nos compatriotes y a perdu la vie.

Bientôt après commence la province de l'Agamé, coupée par la ligne de partage des eaux qui se déversent dans le Mareb et le Teccazé. Ici les terrains sont aussi accidentés que dans le Sérawé, mais les vallées sont souvent plus larges, moins abruptes : on

rencontre des prairies, la culture est plus soignée, les habitants plus nombreux; force ruisseaux descendent des montagnes. En général, la température de cette province est douce : le thermomètre marquait en moyenne, pendant les quinze jours que nous y avons demeuré en juin et juillet, de 16 à 17 degrés. Les variations que l'on éprouve quelquefois sont dues à certains effets atmosphériques passagers. Les fièvres sont peu connues.

La province du Tigré proprement dite participe des avantages de l'Agamé vers ses frontières ; mais en s'avançant vers le Siré, lorsque l'on arrive à Adouah et à Axum, l'aspect change : de vastes plaines accidentées, terminées par des hauteurs peu importantes, font pressentir les plateaux du Siré. Les vallées sont ordinairement larges, mais en pente; de sorte que l'écoulement des eaux est facile. Ce serait un bien riche pays si ces terrains étaient cultivés. Ici encore, peu de fièvres. La température de la province du Tigré peut être regardée comme un peu plus élevée que celle de Gondar, et subissant moins de variations pendant le temps des pluies.

Le Siré est la province la plus fertile, la plus riche, la plus plane et la plus chaude de tous les plateaux du Tigré, à part cependant le Hamacen, dont la température est peut-être plus élevée, mais qui ne jouit pas des autres avantages. Le Siré ne possède pas de telles faveurs sans se ressentir, surtout après la saison des pluies, d'attaques nombreuses de fièvres intermittentes et quelquefois pernicieuses. Cela, du reste, se conçoit, en étudiant géologiquement la configuration de cette province. A part quelques monticules et quelques pitons assez élevés, les plaines sont unies; leurs pentes sont incertaines, de sorte que les eaux stagnent sur les terrains et causent après la cessation des pluies, lorsque le sol est fortement imbibé, des miasmes dus aux matières animales et végétales en décomposition.

En général, l'aspect du Tigré, à part quelques parties, se présente sous une forme très-accidentée; ses montagnes sont couvertes de verdure, sa température peu variable. L'Enderta et le Temben participent l'un et l'autre aux avantages et aux inconvénients de l'Agamé et du Siré.

Nous dirons un mot de la vallée du Teccazé, le principal fleuve de l'Abyssinie après le Nil, et qui reçoit une masse d'eau dans le temps des pluies. Dans cette saison, il monte de 5 et 6 mètres, tandis que dans le reste de l'année il n'a pas un mètre de profondeur. Les Abyssiniens regardent le séjour sur ses bords comme très-dangereux, surtout immédiatement après l'abaissement des eaux : ils prétendent, et avec raison, que l'on ne peut

y demeurer une nuit sans contracter la fièvre. Nous avons vu un de nos domestiques, qui avait été atteint de cette fièvre, nous certifier qu'il ne manquerait pas d'en ressentir une nouvelle attaque, pour être demeuré avec nous une demi-journée sur ses bords. En effet, le soir même, bien que nous fussions sur le plateau du bas Samen, à plus de 2,000 mètres du niveau de la mer et 1,800 au moins du Teccazé, il eut une attaque qui céda à 60 centigrammes de sulfate de quinine. La température dans le lit encaissé de la rivière montait à l'ombre, vers 10 heures, dans le mois de novembre, à 35 degrés centigrades. Sa hauteur vers le Siré est à peu près de 1,000 mètres au-dessus du niveau de la mer. Les plaines du Mareb sont aussi dangereuses.

Le Samen est une des provinces de l'Abyssinie dont l'étude, sous le rapport hygiénique et médical, serait des plus intéressantes; à elle seule elle demanderait un volume. Divisée en deux parties, le haut et le bas Samen, cette contrée offre les variétés les plus grandes, tant dans le règne végétal que dans le règne animal. Elle renferme toutes les saisons, toutes les températures, depuis les chaleurs tropicales, c'est-à-dire depuis 35 à 40 degrés centigrades, jusqu'à 5 et 6 degrés au-dessous de zéro, depuis une élévation de 1,000 mètres sur les bords du Teccazé jusqu'à 4,600 mètres, hauteur du Detjem, mesurée par MM. Galinet et Ferret, et du Selké, qui se trouve à la même hauteur. Nous avons couché à Devil, village situé sur le flanc du Selké, à 200 mètres environ plus bas que la zone où cessait toute végétation, et à 600 mètres à peu près de son sommet. Là il ne croît que de l'orge, et encore met-il neuf à dix mois pour arriver à maturité. Il y gèle chaque matin. De ce point au pied du Tsona, nous avons descendu quatre heures, et nous trouvions la température de Naples deux heures après. Nous traversions des plaines où croissent le palmier, le bambou, le boab, les lianes et les fougères de vingt pieds. Ici des oiseaux et des fleurs aux couleurs les plus variées, des lions et des panthères ; là haut des tapis de verdure , il est vrai, mais des fleurs aux sombres couleurs : pour compagnie, des aigles et des vautours. Tandis que dans le bas nous couchions en plein air, fatigués de la chaleur, sur le sommet, nous étions renfermés dans des huttes avec un grand feu ; tandis que le matin nous marchions respirant la fraîcheur, dans le haut, nos mules brisaient la glace, et nous étions enfermés dans nos couvertures et nos manteaux. La veille, à notre passage sur le sommet du Barhit, montagne située près du Selké, nous avions été obligés de descendre de mule et de marcher à pied dans la neige, afin de ne

pas rouler dans les précipices. En six heures de temps, nous passions de la température de la Suède à celle des tropiques. Ce passage subit du froid au chaud ou du chaud au froid doit nécessairement produire des effets physiologiques dans l'économie et y porter le trouble.

Le bas Samen est une large plaine entourée de collines qui semblent être les derniers contreforts des montagnes du haut Samen. Chaque rangée de collines borde des terrains plats, noirs et fertiles, peu en pente, et coupés par un large ravin où roulent pendant toute l'année des eaux plus ou moins limpides. Ce pays serait un des plus riches de l'Abyssinie s'il était bien cultivé, et l'un des plus salubres si l'on favorisait l'écoulement des eaux; au contraire, il est pauvre et peu habité, par rapport aux fièvres intermittentes et pernicieuses qui s'y déclarent après le temps des pluies. Le sol, composé d'humus végétal, reçoit toutes les eaux qui descendent des montagnes dans le temps des pluies; les ruisseaux débordent alors. Quand ce temps est passé, le soleil dessèche rapidement la terre; celle-ci se fend, et laisse échapper, des matières en fermentation, les miasmes qui vont frapper les malheureux habitants de cette contrée. Ce phénomène se manifeste surtout dans les mois de septembre et d'octobre; alors les habitants se retirent sur les montagnes.

Le haut Samen se compose d'une masse de montagnes que l'on peut diviser en trois parties bien distinctes. La première partie est formée par un plateau sur lequel vous arrivez, en quittant le bas Samen, par une pente rapide : ce sont les plateaux de Zinnmarka et Maïtfalo; ils sont élevés de 2,300 mètres à 2,500 environ. Cette région est bien cultivée, couverte de prairies : c'est la partie de l'Abyssinie où nous avons rencontré l'aisance la plus grande et la culture la plus parfaite. Cette zone est la plus saine de toute l'Abyssinie, la plus habitable et la plus habitée du Samen. Ici la température est douce, régulière, l'air pur et raréfié. La seconde partie est composée de plateaux formant le sommet du Tsona, de Cossoberd, du Lamalmore, des plaines d'Inteercaub et de Darrasgué, situés à 2,800, 3,000 et 3,500 mètres. Ici peu de culture, excepté dans la plaine de Darrasgué, mais des pâturages abondants. Le froid est vif le matin; souvent il gèle pendant la nuit. Lors de notre séjour à Darrasgué, dans le mois de décembre, qui n'est pas considéré comme un des mois froids, le thermomètre nous a donné une moyenne de 15 degrés centigrades, marquant quelquefois 0 de chaleur, et montant dans la journée jusqu'à 20 et 25 degrés centigrades. Comme on doit bien le penser, ces hauteurs sont

exemptes des maladies des contrées basses. Si les habitants redoutent celles-ci par rapport aux fièvres, ils craignent autant les hauteurs, par rapport au froid et aux maladies que ces brusques variations de température peuvent faire déclarer.

Enfin, la troisième partie du Samen est formée par les sommets du Selké, du Detjen, du Barith, etc., qui s'élèvent de 4,000 à 4,600 mètres et sont inhabités.

Le Samen haut et bas pourrait être ainsi divisé, en prenant pour point de départ le Teccazé, situé à 1,000 mètres, et le Detjem, à 4,600.

1re région, de 1,800 à 2,000 mètres. Haute température, végétation tropicale. — Bas Samen.

2e région, de 2,300 à 2,500 mètres. Température douce, celle de Nice et sa végétation. — Premier plateau du haut Samen.

3e région, de 2,800 à 3,500 mètres. Prairies, froid, température des cantons de la Suisse. — Plaines de Darrasgué et sommet du Lamalmon.

4e région, de 4,000 à 4,600 mètres. Inhabitable. — Les sommets du Detjem, du Selké, etc.

En quittant la province du Samen, on rencontre un des plateaux les plus remarquables de l'Abyssinie : c'est celui qui forme presque entièrement le Wogora, contrée qui sépare le Samen de Gondar. Lorsque l'on vient par le Samen, soit que l'on arrive par le bas pays en franchissant le Lamalmon, qui est à 3,000 mètres au moins, soit que l'on descende du sommet du Barhit, qui en a 4,000, on découvre une immense plaine accidentée, coupée de ruisseaux, couverte de prairies, de villages et de culture : c'est le Wogora. Les plaines les moins élevées sont encore à 2,500 mètres ; la plupart sont à 3,000. Du reste, les pentes sont assez bien ménagées par la nature pour que l'eau ne stagne pas ; aussi à peine est-il question de fièvres. Le froid est assez vif le matin près de Dogua ; nous brisions la glace au mois de décembre. Cette exposition est regardée par les Abyssiniens eux-mêmes comme très-saine.

L'état topographique des deux provinces du Samen et du Wogora peut donner une idée : 1° du Waldubba, qui ressemble au bas Samen, mais dont les plaines sont peut-être encore plus enfoncées ; 2° du Lasta, dont les montagnes sont au moins aussi élevées que celles du haut Samen.

Les provinces du Begemder et de l'Amhara ressemblent au Wogora et au Samen réunis ; on y rencontre des plateaux élevés, de hautes montagnes et des plaines basses.

Enfin, pour terminer ce qui a rapport à ce rapide tableau, je dirai un mot du lac Dembea et des pays environnants.

Des bords du plateau du Wogora, on découvre un immense bassin bordé de tous côtés par de hautes montagnes, et dans le fond un grand lac. Pour y arriver, vous traversez des pays très-accidentés, coupés de ruisseaux qui de tous côtés viennent se jeter dans ce lac. Sur tous ces côtaux, sur toutes ces collines, la température est des plus douces, comme on le peut voir par celle de Gondar, ville capitale située à moitié route entre les sommets des plateaux du Wogora et le lac. Si les collines environnant cette immense nappe d'eau sont salubres, il n'en est pas de même des bords, où se trouvent des plaines basses et inondées dans le temps des pluies. Que l'on pense aux miasmes que doivent engendrer des terrains noirâtres, recouverts de matières végétales amenées par la crue du lac et déposées par l'inondation, lorsque le soleil darde ses rayons après le retrait des eaux ! Aussi la fièvre qu'ils enfantent vous enlève-t-elle après trois ou quatre jours : elle est mortelle comme celle du Kolla, du Mazaga et Kuara, pays vers le Sennar. Les habitants le savent, et les bords du lac sont déserts. Quant aux pays environnants, tels que le Dembea, le Fogora et le Gojam, il n'y a d'habité que les parties élevées ; le rayon des terrains soumis aux miasmes forme une zone assez rétrécie et bien appréciée.

Quant aux eaux de l'Abyssinie, je n'ai qu'un seul mot à dire sur elles : c'est qu'elles sont excellentes, abondantes, et telles que le médecin hygiéniste peut les désirer.

Ainsi, l'examen rapide des contrées de l'Abyssinie nous donne ces conséquences :

1° Terrains bas ou sans pente, de 1,000 à 1,500 mètres : très-insalubres, surtout après les pluies ;

2° Terrains élevés de 1,800 mètres environ, mais plats : moins insalubres ;

3° Terrains élevés de 1,800 à 2,500 mètres, en pente : très-salubres ;

4° Terrains hauts de 2,500 à 3,000 mètres : très salubres, mais maladies des organes respiratoires, causées par le froid.

§ — I. *Des localités.* — Peut-on dire qu'il existe des villes en Abyssinie, excepté Gondar qui en est la capitale ? et cette ville elle-même n'est-elle pas plutôt un grand centre de population, un grand village différent des plus petits par une plus grande agglomération d'habitants et d'habitations ? Telle est la question que l'on s'adresse après avoir parcouru l'Abyssinie. Trente à trente-cinq mille âmes à Gondar, cinq à six mille à Adouah, autant à Devra-

tawer dans le Begemder, et à Ankober dans le Schoa, mille ou douze cents à Axum ; à Dixan, à Antalov, à Maïtsalo, à Entercaub, trois, quatre, cinq ou six cents ; puis des villages moins peuplés, jusqu'à cent ou cent cinquante habitants : telle est la division de la population, qui forme un total de trois ou quatre millions d'individus. Toutes ces populations habitent des espèces de huttes en pierre et en paille, ou bien des maisons un peu mieux bâties, réunies en groupes plus ou moins nombreux, placées au hasard, selon l'idée et la convenance des constructeurs. Excepté dans les principales localités, à Gondar et à Adouah, par exemple, il n'y a pas de rues, c'est-à-dire de maisons contiguës les unes aux autres ; encore, dans ces deux villes, cela n'existe que sur certains points. Généralement, les maisons sont placées çà et là au milieu d'un enclos de murailles ou de haies ; pour aller de l'une à l'autre, des sentiers y conduisent ; au milieu se trouvent des champs, des arbres. Ainsi, pas d'agglomération de hautes maisons empêchant la circulation de l'air.

La construction des habitations est des plus simples : les unes sont rondes, les autres sont carrées et recouvertes en chaume ; quelques-unes, dans le Tigré, sont recouvertes en terre. Les murailles sont en pierres liées entre elles par de la terre délayée ; souvent même les pierres sont mal unies et laissent passer de l'air entre elles, ce qui cause des douleurs rhumatismales. Toutes ces maisons n'ont qu'une seule pièce et qu'un rez-de-chaussée au niveau du sol, recevant le jour par l'ouverture de la porte. Lorsqu'il fait froid ou humide, on allume du feu au milieu ; de même lorsque l'on veut faire la cuisine. La fumée est la cause principale des ophthalmies que j'ai remarquées. Dans le temps des pluies, le sol des maisons étant de niveau avec le sol extérieur, a l'inconvénient d'entretenir l'humidité dans l'intérieur. On a vu que la dyssenterie se déclarait ordinairement après les pluies : cette disposition des maisons doit bien certainement y contribuer.

Un fait remarquable, c'est le choix des emplacements des différentes localités, villes et villages. En Abyssinie comme partout, il y a des raisons politiques et commerciales qui ont dû former certains centres de population : ainsi Adouah, dans le Tigré, comme étant sur la route de l'intérieur à la mer ; Gondar, non-seulement comme centre politique, mais comme point de réunion des provenances des provinces du sud. Les cours d'eau, les terrains fertiles, ont dû aussi devenir la cause première d'une agglomération. Cependant on ne rencontre pas de ville ou de village bâti au milieu d'une plaine dans un terrain plat : il semble

qu'une vieille observation ait averti les Abyssiniens du danger qu'il y avait pour eux à demeurer dans de telles localités. Partout vous rencontrez les villages perchés sur des hauteurs, sur des monticules, ou sur la pente des montagnes; vous ne trouverez d'exception que sur les plateaux situés à 2,500 ou 3,000 pieds au-dessus du niveau de la mer : les habitants savent qu'à cette hauteur il n'y a rien à craindre de la fièvre, et même les villages sont le plus possible situés sur les pentes. On ne trouve pas non plus de villes ou de villages sur le bord des ruisseaux ou des rivières; ils en sont toujours assez éloignés : je crois même qu'Adouah est la seule localité qui soit aussi rapprochée du ruisseau qui lui fournit de l'eau ; encore cette ville est-elle bâtie en amphithéâtre.

On peut donc regarder les localités habitées comme très-salubres par rapport à leur position, mais en général combattues par la mauvaise construction des maisons et leur niveau avec le sol, ce qui entretient l'humidité et expose les habitants à diverses maladies. Du reste, il est très-facile de remédier à ces inconvénients.

Résumé. — De l'examen topographique de l'Abyssinie et de ses localités, il ressort :

1° L'existence de fièvres intermittentes et pernicieuses dans les pays de plaines et dans les vallées dont l'élévation ne dépasse pas 1,800 mètres au-dessus du niveau de la mer ;

2° L'insalubrité de ces terrains, d'autant plus grande qu'ils sont à une hauteur moindre, et que les eaux restent stagnantes ;

3° La salubrité, au contraire, des pays accidentés, salubrité d'autant plus grande que l'on s'élève de 2,000 à 2,500 mètres, et que les terrains sont plus en pente ;

4° La salubrité très-grande sur les hauteurs de 3 et 4,000 mètres ; mais ces hauteurs sont redoutables par leurs variations de température et le froid que l'on y éprouve ;

5° La bonne situation des villes et des villages, la salubrité de leur position sur des hauteurs ;

6° La mauvaise construction des maisons, leur niveau avec le sol, causes de l'ophthalmie, de la dyssenterie et de douleurs rhumatismales.

D'où résulte cette conséquence : que les terrains élevés de 1,000 à 1,500 mètres ne doivent pas être habités, mais seulement ceux de 1,800 à 2,500 mètres, et que l'on doit bâtir les maisons en les élevant au-dessus du sol et en les postant sur des mamelons.

(*La suite à un prochain numéro.*)

2. *Nouvelles expériences relatives à la soustraction du liquide cérébro-spinal et aux phénomènes qui résultent de la section des parties molles de la nuque;* par M. Longet.

(Annales médico-psychologiques, septembre 1845.)

Les physiologistes admettent, depuis un certain nombre d'années, que la soustraction du liquide cérébro-spinal occasionne un trouble notable des facultés locomotrices. Ayant évacué ce liquide, entre l'occipital et l'atlas, après avoir divisé les parties qui recouvrent l'espace occipito-atloïdien postérieur, j'ai vu, en effet, les animaux abandonnés à eux-mêmes chanceler comme s'ils étaient ivres, leur corps se balancer de tous côtés comme s'il était successivement sollicité par des forces antagonistes; mais, chez les mêmes animaux (cheval, mouton, chien, chat, cabiai, lapin, etc.), m'étant borné à inciser les parties molles de la nuque, *sans donner issue au liquide cérébro-spinal,* j'ai observé, avec quelque surprise, les mêmes phénomènes jusqu'à présent attribués à sa soustraction.

Dès lors, il devenait nécessaire de faire écouler le liquide cérébro-spinal sans léser les parties musculaires et ligamenteuses de la région postérieure du cou : j'enlevai donc une seule lame vertébrale vers le milieu du dos; et si, à la suite de cette opération préalable, de la faiblesse survint (à cause de la plaie musculaire) dans le train postérieur, elle ne fut en rien augmentée par l'écoulement du liquide; et d'ailleurs les animaux (chiens) ne présentèrent aucunement la titubation singulière que j'avais remarquée dans l'autre série d'expériences, après la simple division des parties molles de la nuque.

Mais on pouvait objecter qu'en procédant ainsi j'avais donné issue à une quantité de liquide moins considérable qu'en perforant les membranes au lieu ordinaire d'élection, à la hauteur du quatrième ventricule, entre l'occipital et l'atlas; d'où l'absence de troubles dans la locomotion. Il fallait donc avoir recours à une contre-épreuve plus décisive.

Or, en variant les expériences, je n'ai pas tardé à reconnaître un fait important, savoir, la possibilité d'évacuer le liquide au niveau du lieu d'élection, et en même temps d'isoler, pour l'observateur, les effets qui pourraient résulter de cette évacuation, de ceux qui surviennent aussitôt après la section des parties recouvrant le ligament occipito-atloïdien postérieur. Ainsi, j'ai vu (chez les chiens, les chats, les lapins, etc.), la titubation, l'incertitude dans la démarche, que j'avais produites en me bornant

à diviser ces parties, disparaître *complètement* en trente-six ou quarante-huit heures ; et, dès lors, le ligament occipito-atloïdien postérieur étant demeuré à découvert, la locomotion étant redevenue tout à fait normale, les conditions étaient on ne peut plus favorables à la fois pour extraire le liquide cérébro-spinal et pour observer l'influence immédiate, si elle était réelle, de son extraction sur l'exercice régulier des organes locomoteurs. Malgré le soin que j'ai pris, au moment de la perforation des membranes, de faire crier les animaux, de gêner leur respiration, ou même, après avoir ouvert les membranes spinales, d'enlever une partie de la voûte crânienne (lapins), pour rendre l'écoulement du liquide plus facile et plus complet, dans aucun cas la démarche des animaux n'a présenté la moindre modification. Par conséquent, d'une part, on peut donner issue au fluide cérébro-spinal sans déterminer aucun trouble dans les mouvements; d'autre part, celui qui éclate d'une manière si brusque et si marquée, après qu'on a seulement divisé les muscles sous-occipitaux postérieurs (avec le ligament sus-épineux, quand il existe), ne dure qu'un espace de temps assez court.

A propos de ce dernier résultat, qu'il me soit permis de faire observer qu'ici, pour expliquer la restitution prompte et intégrale des mouvements, il est bien impossible, comme l'ont toujours fait les expérimentateurs qui avaient d'abord évacué le liquide, d'invoquer sa reproduction rapide, puisque son évacuation n'avait point eu lieu d'abord.

Ainsi, évidemment, dans nos expériences, le rétablissement des fonctions locomotrices ne saurait pas plus dépendre de la reproduction du liquide cérébro-spinal, que leur perturbation n'a pu dépendre de son écoulement; et jusqu'alors, par conséquent, la cause de l'apparition de ces phénomènes, aussi bien que la cause de leur disparition rapide, a été entièrement méconnue.

Mais avant de chercher à les expliquer, il importe de décrire les phénomènes dus à la section des parties molles de la nuque. Comme ils varient un peu selon l'espèce animale, avant d'exposer le tableau comparé de leurs variations, j'indiquerai les effets obtenus sur une espèce donnée, chez le chien par exemple.

La tête s'infléchit fortement au-devant de la colonne cervicale; l'animal perd aussitôt l'équilibre, faiblit sur ses quatre membres, spécialement sur les postérieurs, demeure d'abord à plat sur le ventre, et après être resté un moment comme indécis, tout à coup s'élance, fait trois ou quatre bonds en avant avec une grande précipitation, puis retombe à plat en écartant les pattes antérieures, qu'il meut d'une manière brusque et incohérente. Mais

bientôt il parvient à se soulever imparfaitement, chancelle sur ses membres écartés, et, s'il marche, s'avance d'un pas mal assuré et bizarre qui lui donne tout à fait l'apparence de l'ivresse. Vient-on à l'effrayer, il fait effort pour fuir, s'embarrasse dans ses mouvements, tombe et roule sur lui-même.

Mêmes effets chez le cabiai et le lapin : seulement le train de derrière m'a paru moins affaibli que chez le chien, et le mouvement de recul s'est offert plusieurs fois à mon observation.

Le chat, doué d'une extrême vivacité, d'une adresse et d'une précision si remarquables dans ses mouvements, offre surtout le spectacle le plus frappant par l'impétueux désordre de sa locomotion, rappelant toutes les allures de l'ivresse la plus fougueuse : ses chutes sont fréquentes, et parfois il roule sur l'axe de sa longueur.

Sur cinq moutons mis en expérience, trois ont présenté une tendance manifeste au recul. Le désordre et l'incohérence dans les mouvements ont été moindres que chez le chien, le chat, le lapin et le cabiai. Toutefois, le train de derrière s'est montré assez affaibli et la démarche assez incertaine pour permettre la chute de l'animal.

Chez le cheval, la section isolée des muscles sous-occipitaux postérieurs n'a été suivie d'aucun effet appréciable ; mais, après celle de ces muscles et *du ligament sus-épineux*, la démarche est devenue irrégulière, embarrassée, indécise : l'animal marchait, affaissé sur le train postérieur, comme s'il eût été chargé d'un lourd fardeau ; il étendait et relevait d'une façon bizarre et maladroite les jambes de devant, comme l'eût fait un cheval atteint d'une cécité récente. Néanmoins, l'allure est demeurée plus ferme, plus assurée que chez les autres animaux; car je n'ai vu survenir la chute chez aucun des trois chevaux qui m'ont servi à exécuter ces expériences.

Tous les effets précédents ne sont bien prononcés, chez ces diverses espèces animales, qu'à la condition que les deux petits muscles postérieurs soient entièrement divisés. En cherchant à expliquer ce résultat, on trouve qu'à cause du lieu d'insertion, de la direction de leurs fibres, et de leurs adhérences intimes avec le ligament occipito-atloïdien postérieur, ces deux muscles non-seulement empêchent un écartement exagéré de l'occipital et de l'atlas, lors de la flexion de la tête, mais encore soulèvent le ligament occipito-atloïdien et le maintiennent suffisamment éloigné des parties nerveuses sous-jacentes. Aussi, à cause même de l'action spéciale de ces muscles, les effets qui surviennent après leur section n'ont-ils pas lieu quand on se borne à fléchir

fortement la tête des animaux à l'aide de liens appropriés.

Je dois ajouter que sur le chien, le chat, le lapin, etc., ayant fait plusieurs fois la section des muscles cervicaux postérieurs *d'un seul côté*, au niveau de l'espace occipito-atloïdien, je n'ai donné lieu à aucun des phénomènes précédents.

Du reste, j'ai pu, au moment où je venais de les produire, faire disparaître ces phénomènes à volonté et presque instantanément, c'est-à-dire restituer aux animaux leur équilibre et la faculté de marcher, en soutenant leur tête et la retenant dans l'attitude normale avec la main ou à l'aide d'un collier de carton suffisamment large.

Cette dernière observation me conduisit à effectuer la division des parties molles de la nuque sur des animaux d'abord munis d'un semblable appareil convenablement découpé : les effets furent nuls ; tandis que, aussitôt après l'enlèvement de l'appareil, ils se manifestèrent avec toute leur singularité.

J'ai dit plus haut qu'ils étaient de courte durée chez les animaux abandonnés à eux-mêmes ; mais cette durée varie selon leur intensité, et, par conséquent, selon l'animal. Chez le cheval, la locomotion redevient régulière après six ou huit heures ; après dix ou douze chez le mouton ; et, chez le chien, le chat, le cabiai, le lapin, la restitution intégrale de la fonction n'a lieu qu'au bout de trente-six à quarante-huit heures.

Si le retour de la fonction est d'autant plus rapide que son trouble a été moindre, il est facile de démontrer que l'intensité de celui-ci sera d'autant plus grande qu'après l'expérience la flexion de la tête sur la colonne cervicale sera devenue accidentellement plus considérable, relativement au degré de flexion normale. Chez le cheval, l'angle sous lequel se rencontrent les axes longitudinaux de la tête et du cou est un angle droit ; chez le chien, le chat, le lapin et le cabiai, ces deux axes sont à peu près sur le prolongement l'un de l'autre, et forment, par conséquent, un angle extrêmement obtus ; tandis que chez le mouton, leur position relative est intermédiaire aux deux précédentes, c'est-à-dire que l'angle formé est plus ouvert que chez le cheval et moins obtus que chez le chien. Il en résulte évidemment qu'après la division des parties musculaires ou ligamenteuses indiquées, la tête du chien, du chat, du lapin et du cabiai, devra s'infléchir plus que celle du mouton, et celle du mouton plus que celle du cheval, pour faire un angle de même ouverture avec l'axe longitudinal du cou. Or, c'est précisément l'ordre dans lequel nos expériences nous avaient amené à classer ces animaux, au point de vue de l'intensité du trouble fonctionnel.

Ces faits se représenteront bientôt à l'appui de la théorie physiologique que nous avons cru devoir adopter.

Il m'importait de savoir si des expériences semblables à celles que j'avais exécutées sur des mammifères produiraient sur les oiseaux des effets analogues : celles que j'ai faites sur plusieurs gallinacés, sur divers passereaux et palmipèdes, n'ont donné que des résultats négatifs; la tête ne s'est point fléchie sur le cou d'une manière appréciable, si ce n'est légèrement chez les palmipèdes à bec long et volumineux, comme le canard, dont néanmoins la station et la progression ne m'ont pas paru sensiblement modifiées.

A ce propos, on peut se rappeler que, chez la plupart des oiseaux, l'axe longitudinal du cou est perpendiculaire à celui de la tête, comme chez les mammifères dont la locomotion, après l'expérience, a offert le moins d'irrégularité; que, de plus, le trou occipital n'est pas, en général, situé à l'extrémité postérieure du crâne, mais vers sa base, au point que, dans la bécasse, par exemple, ce trou est au moins autant que dans l'homme à la face inférieure de la tête ; que les os du crâne des oiseaux sont fort légers à cause de nombreuses cellules qui se remplissent d'air, provenant soit de l'organe auditif, soit des cavités nasales; qu'enfin les apophyses para-mastoïdes sont ordinairement très-volumineuses et très-saillantes en arrière, comme les fosses cérébelleuses de l'occipital. Or, ces conditions, bien différentes, pour la plupart, de celles qui se rencontrent chez les mammifères, tendent à faire que la tête soit à peu près maintenue sur l'épine par son propre poids au degré de flexion normale ; d'où les résultats négatifs que nous avons obtenus : peut-être devrait-on aussi tenir compte du mode particulier d'articulation de la tête avec le corps de la première vertèbre cervicale.

Un fait que je ne saurais passer sous silence, parce qu'il a vivement excité ma surprise, c'est que, chez plusieurs chiens et lapins conservés après l'expérience, la mort ait pu résulter de la simple division des parties musculaires de la nuque, dès le troisième ou le quatrième jour. A l'autopsie, je ne rencontrai pourtant pas de signes qui permissent de croire que l'inflammation extérieure se fût propagée spécialement au bulbe, à travers le ligament occipito-atloïdien postérieur et les membranes de la moelle ; mais je trouvai, pour toute lésion, une congestion cérébrale des plus intenses, qu'il me parut rationnel d'attribuer à la gêne circulatoire et respiratoire qui avait dû résulter de la flexion angulaire longtemps continuée de la tête, et sans doute, en particulier, de la compression de l'artère basilaire et du bulbe contre

la base du crâne. Cette remarque m'engagea à tenter sur moi une expérience dans laquelle, pendant près d'une heure, je demeurai le menton appliqué au sternum. Indépendamment de la fatigue musculaire, des battements incommodes survinrent dans les artères temporales, la face s'injecta, des étourdissements, des bruissements d'oreilles se manifestèrent, et ma respiration devenant de plus en plus difficile, je fus contraint d'interrompre cette expérience, de laquelle je ne conservai qu'une céphalalgie qui se dissipa graduellement.

Maintenant il reste à donner une courte explication des autres phénomènes déjà décrits. Les physiologistes ont pu reconnaître leur extrême analogie avec ceux que M. Flourens a le premier signalés après les lésions directes du cervelet.

La flexion angulaire de la tête sur l'atlas, qui, chez certains animaux que nous avons désignés, résulte de la section complète des parties musculaires de la nuque, nous semble devoir occasionner à la fois un tiraillement et une compression de l'axe cérébro-spinal, portant plus spécialement sur les parties qui avoisinent l'articulation occipito-atloïdienne. Ces parties sont le bulbe et la protubérance annulaire, *auxquels se lient tous les pédoncules du cervelet.* Or, ces moyens de transmission n'apportant plus qu'imparfaitement aux muscles l'influence coordinatrice de cet organe, on comprendra qu'il puisse en résulter les mêmes effets que s'il était lésé lui-même directement. D'ailleurs, je n'ai pas négligé de répéter souvent des expériences comparatives sur deux animaux de la même espèce : chez l'un, je lésais isolément, mais superficiellement, le cervelet ; chez l'autre, je ne pratiquais que la section des muscles cervicaux postérieurs, et j'ai toujours trouvé une frappante analogie dans les phénomènes.

Objectera-t-on que, dans nos expériences, ces phénomènes ont été passagers? Mais tous les expérimentateurs savent avec quelle promptitude les centres nerveux, chez les animaux, s'habituent à une compression et à un tiraillement modérés, avec quelle facilité ils réacquièrent intégralement leur fonction.

Ayant enlevé la voûte crânienne à des lapins, j'ai successivement superposé de petites lames métalliques sur l'encéphale lui-même, jusqu'à ce que je visse les animaux chanceler et près de fléchir sur leurs membres : aussitôt je m'arrêtais, et au bout d'une heure, déjà la station était redevenue plus ferme et mieux assurée.

Sur la même espèce animale, il m'est fréquemment arrivé de pratiquer la section intra-crânienne du trijumeau et de léser en même temps le sinus caverneux. Au bout de quelques

minutes, les animaux tombaient sur le côté opposé à la lésion ; puis je les abandonnais, et le lendemain ils étaient debout sans la moindre trace de paralysie. A l'autopsie, faite après quelques jours, on rencontrait un caillot sanguin qui avait comprimé et déformé l'hémisphère cérébral correspondant.

Ajoutons que, dans ses expériences si variées, M. Flourens a vu souvent, et que nous avons vu nous-même, après des lésions circonscrites du cervelet, les fonctions de cet organe se rétablir d'une manière très-rapide et complète.

Je ne m'arrêterai pas à l'examen d'autres théories qui s'offrent également à l'esprit pour expliquer les résultats énoncés dans ce mémoire, et je crois devoir ici m'en tenir à celle qui, jusqu'à présent, m'a paru la plus rationnelle.

Toutefois, je ferai observer qu'un simple déplacement du centre de gravité, par suite de la flexion de la tête, due à la section de ses muscles extenseurs, ne saurait rendre compte des désordres si bizarres qui surviennent dans la locomotion des animaux ; car, comme nous l'avons expérimenté, on ne donne pas lieu à ces mêmes désordres en fixant la tête au-devant du sternum à l'aide de liens convenables, quoique la flexion puisse alors être portée plus loin que chez l'animal abandonné à lui-même, après la section des muscles cervicaux postérieurs. De plus, ne sait-on pas que, quelques minutes après l'amputation de l'un de ses membres, le chien, en changeant son centre de gravité, retrouve l'équilibre ? J'ai vu tout récemment un de ces animaux auquel j'avais lié l'aorte abdominale, et chez qui les membres abdominaux étaient complètement paralysés, reprendre instantanément son équilibre à l'aide d'une attitude singulière dans laquelle son train postérieur était entièrement détachè du sol, et qui lui permettait de se soutenir et de marcher avec vitesse et régularité sur ses deux pattes de devant. J'ai déplacé le centre de gravité de bien d'autres manières, sans avoir jamais pu reproduire des phénomènes analogues à ceux qui font l'objet de ce travail.

Maintenant il reste à savoir pourquoi on ne les produit point quand on se borne à fléchir fortement la tête des animaux à l'aide de liens appropriés.

Dans ce cas, le mouvement se fait par un déplacement de toutes les vertèbres de la colonne cervicale, et quoique les rapports des vertèbres entre elles soient très-peu changés, il en résulte une courbe qui permet un abaissement considérable de la tête, sans lésion possible des masses nerveuses : au contraire, dans le cas où la flexion n'a lieu qu'après la section des parties

molles de la nuque, la tête s'infléchit directement sur l'atlas, les autres vertèbres cervicales ne participent point à ce mouvement, et quoique la flexion ne paraisse pas plus considérable que dans le cas précédent, elle s'est opérée au moyen d'un déplacement angulaire entre l'atlas et le contour du trou occipital, d'où résulte un angle qui fait saillie en dedans et vient comprimer des parties de l'axe cérébro-spinal que nous avons déjà spécifiées (1).

Conclusions. 1° La soustraction du liquide cérébro-spinal n'a aucune influence sur l'exercice régulier des organes locomoteurs : au contraire, la simple section des parties molles de la nuque entraîne la perte immédiate de toute faculté de station et de locomotion régulières.

2° C'est à la division préalable de ces parties qu'on doit rapporter le trouble locomoteur attribué, jusqu'à présent, à la soustraction du liquide cérébro-spinal faite au niveau de l'espace occipito-atloïdien.

3° Ce trouble, si notable chez certains mammifères, est nul chez les oiseaux dont l'axe longitudinal du cou est perpendiculaire à celui de la tête, et le trou occipital situé à la base du crâne.

4° Chez les mammifères, l'incertitude dans la station et dans la marche, après qu'on a divisé les muscles cervicaux postérieurs, est d'autant plus prononcée et disparaît d'autant moins vite que les deux axes précédents forment, à l'état normal, un angle plus obtus.

5° Elle offre, d'ailleurs, la plus grande analogie avec celle qui résulte des lésions directes du cervelet, et paraît avoir pour cause la compression et le tiraillement, au niveau et au-dessus de l'atlas, des portions de l'axe cérébro-spinal auxquelles sont liés les pédoncules cérébelleux.

6° C'est par l'habitude que ces portions encéphaliques prennent si rapidement d'être comprimées et tiraillées, et non par la reproduction du liquide céphalo-rachidien, qu'on doit expliquer la restitution prompte et entière des facultés locomotrices.

7° Même après le rétablissement de ces facultés, la section des parties molles de la nuque, chez certains animaux, peut déterminer la mort en occasionnant une congestion cérébrale des plus intenses, due à la gêne de la circulation encéphalique

(1) On a vu plus haut que la section des deux petits muscles droits postérieurs était indispensable pour permettre ce déplacement et tous les accidents qui en résultent.

et de la respiration, qui résulte de la flexion angulaire de la tête sur l'atlas.

---

3. *Recherches sur la structure de la membrane muqueuse intestinale;* par M. F. Masselot, chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire de Versailles, membre de la Société anatomique de Paris.

(Suite : *voir* t. 157, septembre 1845, p. I ; t. 158, octobre, p. 26.)

(Archives générales de Médecine, juillet 1845.)

On peut, d'après les faits que je viens de rapporter, établir, ce me semble, les propositions suivantes :

1° Toutes les dépressions qui existent à la surface interne de l'intestin sont le résultat de la destruction de la membrane vasculaire par la dyssenterie ;

2° La matière pulpeuse granulée qui forme le fond de ces dépressions paraît être la membrane vasculaire régénérée ;

3° L'organe reproducteur de cette membrane, c'est le derme.

Le seul fait de la présence de la membrane vasculaire dans les selles, en débris assez grands pour qu'il soit impossible de méconnaître leur nature et leur origine, suffit pour établir que la membrane vasculaire a été détruite en partie, et que, par conséquent, certains points de la surface du derme n'étaient plus recouverts par cette membrane. Un autre fait constant, qui vient confirmer le précédent, c'est que, dans toutes les autopsies que j'ai faites, je n'ai jamais trouvé le derme recouvert de la membrane vasculaire dans les parties de sa surface qui avaient une coloration ardoisée, et que dans aucun cas je n'ai trouvé le derme ardoisé là où existait la membrane vasculaire, lors même qu'il ne restait de celle-ci que de très-petits fragments. Or, partout où existait la matière pulpeuse, le derme sous-jacent avait constamment une couleur bleuâtre ou ardoisée, ou bien la coloration jaune des ecchymoses anciens : d'où l'on pourrait raisonnablement conclure que la membrane vasculaire avait été détruite en ces points. Les caractères de l'ecchymose étaient d'autant moins prononcés que la membrane de nouvelle formation avait une organisation plus avancée.

Ainsi donc, de la présence de la membrane vasculaire en fragments assez nombreux et assez grands dans les selles, et de la couleur ardoisée du derme, résulte la preuve de la destruction partielle de la membrane vasculaire. Mais, d'après l'état de l'intestin, lorsque la mort est survenue, il faut admettre que la membrane vasculaire a été remplacée par la couche de matière

pulpeuse dont j'ai parlé, laquelle peut bien être la membrane vasculaire elle-même dans un état de reproduction encore incomplète.

Il est difficile de se refuser à admettre qu'il en soit ainsi. En effet, on trouve cette matière pulpeuse à divers degrés d'organisation, puisqu'elle constitue tantôt une couche excessivement mince et molle qu'il est impossible de détacher en membrane, tantôt une couche plus épaisse, véritablement membraneuse, continue avec la membrane vasculaire, dans laquelle vont se perdre les vaisseaux qui forment la base, la trame de cette nouvelle membrane.

La face externe de celle-ci est sur le même plan que celui de la membrane vasculaire, et laisse voir aussi, comme elle, les petits enfoncements qui logent les granulations du derme.

La face interne de la couche pulpeuse possède le brillant de la membrane vasculaire.

Ces deux membranes semblent ne différer l'une de l'autre que par une épaisseur moindre et un développement moins prononcé des villosités.

Si actuellement on se rappelle que la nouvelle membrane se rencontre dans les points où la membrane vasculaire paraît avoir été détruite, que partout où elle a été reproduite le derme sous-jacent présente une arborisation vasculaire plus ou moins développée ; que cette arborisation est d'autant plus prononcée que la membrane de nouvelle formation a une organisation moins avancée ; que les granulations du derme dans les mêmes parties sont rouges, tuméfiées, quelques-unes saignantes à leur sommet, après avoir enlevé la nouvelle couche membraneuse ; que c'est du sommet de ces granulations que paraissent sortir les vaisseaux qui constituent la trame de cette dernière membrane ; que celle-ci manque partout où la superficie du derme a été détruite, et qu'elle s'arrête brusquement sur tout le périmètre des ulcérations cicatrisées qui ont envahi le derme, on pourra bien raisonnablement supposer que le derme est l'organe reproducteur de la membrane vasculaire, mais que cette reproduction ne se fait qu'autant que les granulations de la membrane dermoïde n'ont pas été détruites par la maladie. Il arrive ici ce qui se passe à la peau dans les lésions, les brûlures, par exemple, qui n'intéressent que superficiellement le derme.

Le fait de la régénération de la membrane vasculaire par le derme intestinal pourra être démontré d'une manière absolue par des expériences sur les animaux vivants ; toutefois ce fait ne doit pas sembler une impossibilité quand on voit le périoste

fournir les matériaux nécessaires à la régénération d'un os totalement nécrosé. Enfin, l'examen microscopique pourra faire connaître la structure intime de cette nouvelle membrane (1).

En décrivant plus haut les caractères de la membrane fibreuse des auteurs, j'ai déjà signalé les rapports de ressemblance qui existent entre cette membrane et le derme cutané ; mais un fait plus probant et qui met hors de doute l'identité de ces deux membranes, c'est leur continuité.

La continuité de la peau avec les membranes muqueuses, considérée d'une manière générale, est admise par tous les anatomistes; mais ils ne paraissent pas s'être rendu un compte bien exact de la manière dont s'opère cette continuité.

« La peau, dit M. Mandl (*Manuel d'Anatomie générale*, p. 526), est en général plus épaisse que les membranes muqueuses, qui sont plus molles, et dont l'épaisseur décroît successivement en partant des ouvertures externes vers les portions situées intérieurement. Cet amincissement n'a pas toujours lieu d'une manière insensible ; quelquefois il y a sous ce rapport des différences très-tranchées : chaque membrane muqueuse présente aussi, comme la peau, deux surfaces, l'une interne ou adhérente, l'autre externe, libre, en communication avec le monde externe, et se compose également de deux couches.

« La première couche, l'interne, est formée, comme le chorion, d'un tissu cellulaire très-dense : on l'appelle *tunique nerveuse* ou *tissu sous-muqueux*. Cette couche est recouverte de fibres musculaires dans le canal alimentaire, de tissu élastique dans les bronches, etc. Cette couche forme aussi de nombreuses saillies appelées *villosités* dans le canal intestinal, et *papilles* sur les autres membranes muqueuses. Les villosités sont plus saillantes que les papilles de la peau. »

Il est évident que M. Mandl considère la muqueuse intestinale comme formée d'une seule membrane, laquelle se continue avec le derme cutané. (Bien entendu qu'il ne s'agit que des parties sous-jacentes à l'épiderme et à l'épithélium.) Il y aurait, d'après cet habile anatomiste, identité de structure entre ces deux membranes, qui ne sembleraient se distinguer l'une de l'autre que par leur épaisseur différente et par la différence de forme et de

(1) Depuis la rédaction de ce mémoire, deux faits, dont l'un m'a été communiqué par mon ami M. le docteur Parise, observés sur des intestins d'individus morts de fièvre typhoïde à une époque éloignée du début de la maladie, tendent à confirmer mon opinion relativement à la régénération par le derme d'une membrane continue avec la membrane vasculaire, lorsque le derme n'a pas été détruit en partie. Ces faits seront rapportés avec détail dans un autre travail.

développement des organes ou appendices qu'on nomme *papilles* et *villosités*. Je ne saurais partager entièrement cette manière de voir ; car mes études, comme je l'ai déjà dit, m'ont fait reconnaître deux membranes bien distinctes dans la muqueuse intestinale : 1° la membrane dite *fibreuse*, qui seule possède l'organisation du derme cutané avec lequel elle se continue; 2° la membrane que j'appelle *vasculaire*, laquelle porte les villosités, et n'existe qu'à l'état rudimentaire à la peau, du moins chez l'homme de race blanche.

Voici comment s'exprime M. Cruveilhier à ce sujet : « Le pourtour de l'anus, habituellement fermé, est revêtu par une peau abondamment pourvue de follicules sébacés et garnie de poils chez l'homme : cette peau s'enfonce dans l'ouverture anale pour se continuer avec la membrane muqueuse, et présente une foule de plis radiés qui s'effacent pendant la dilatation de cet orifice. Le lieu de la continuité de la peau avec la membrane muqueuse est remarquable. Cette continuité s'effectue en dedans du rectum, à quelques lignes de l'anus proprement dit. Une ligne sinueuse, offrant une série d'arcades ou de festons à concavité supérieure, indique la ligne de démarcation. »

Je ferai voir plus bas que la membrane que M. Cruveilhier décrit sous la dénomination de membrane muqueuse n'est que la membrane vasculaire ; par conséquent ce serait avec celle-ci que, suivant cet anatomiste, se continuerait le derme cutané. Mais il n'en est pas ainsi : c'est avec la membrane dite *fibreuse* que se continue véritablement le derme cutané. C'est un fait de la réalité duquel il est facile de s'assurer. Une dissection un peu attentive montre, de la manière la plus évidente, la continuité de ces deux membranes.

La membrane vasculaire, en arrivant à la peau, devient d'une ténuité telle qu'il est impossible de l'isoler en membrane, comme dans l'intestin, sans la soumettre à aucune préparation. Cette membrane, en passant de l'intestin à la peau, ne constitue plus qu'une couche vasculaire excessivement mince, ou bien, comme le dit Bichat, « un lacis de vaisseaux excessivement fins, dont les troncs, déjà très-déliés, après avoir passé par les pores multipliés dont le chorion est percé, viennent se ramifier à sa surface.

« L'existence de ce réseau vasculaire est mise hors de doute par les injections fines qui changent entièrement la couleur de la peau au-dehors sans l'altérer beaucoup au-dedans. »

Je crois donc pouvoir conclure de ce qui précède que la membrane fibreuse ou nerveuse des auteurs ne diffère nullement du derme cutané avec lequel elle se continue sans interruption;

qu'elle forme la charpente des intestins comme le chorion celle de la peau ; qu'il y a identité de structure et de propriétés entre ces deux membranes ; enfin, que la dénomination de *membrane fibreuse* doit être remplacée par la dénomination plus exacte de *derme* ou de *chorion intestinal*.

Les résultats auxquels m'avaient conduit mes recherches étaient si différents des idées généralement admises relativement aux membranes fibreuse et muqueuse de l'intestin, que je ne voulus pas m'en rapporter à ma seule observation. Je priai mon ami M. Parise, dont on ne saurait contester l'habitude et l'habileté pour les études anatomiques, de vouloir bien répéter les dissections que j'avais faites pour déterminer le mode de continuité de la muqueuse intestinale avec la peau. Je suis heureux de dire qu'il est arrivé aux mêmes résultats, savoir : 1° la continuité évidente de la membrane dite *fibreuse* avec le derme cutané ; 2° l'amincissement progressif de la couche vasculaire à mesure qu'on approche de l'orifice inférieur du rectum ; 3° enfin sa continuité avec le réseau vasculaire superficiel du derme cutané.

Il a remarqué en outre, dans l'épaisseur du tissu cellulaire qui sépare les fibres musculaires de la membrane fibreuse, des ramifications veineuses d'un volume considérable, qu'il considère comme étant les analogues des veines sous-cutanées.

Tous les caractères que j'ai assignés aux membranes fibreuse et vasculaire du gros intestin dans l'état dyssentérique, rendus des plus évidents par la maladie, se retrouvent également tous, mais beaucoup moins apparents, dans l'intestin à l'état sain, soit qu'on l'examine sans préparation, soit après l'avoir injecté. Les gros intestins du chien sont particulièrement propres à cette étude.

Opinions des auteurs sur la composition de la muqueuse intestinale.

Malgré les nombreux travaux qui, dans ces derniers temps, ont été publiés sur la composition de la muqueuse intestinale, cette question d'anatomie n'a point encore reçu, comme on a déjà pu le voir par ce qui précède, une solution définitive.

« Le système muqueux, dit Bichat, présente deux choses à considérer dans son tissu propre, savoir : 1° une couche plus ou moins épaisse qui constitue principalement ce tissu, et que, par analogie avec le chorion cutané, on peut appeler *chorion muqueux* ; 2° une foule de petits prolongements qui le surmontent et qu'on nomme *villosités* ou *papilles*.

« *Chorion muqueux.* — Cette portion du tissu muqueux, qui

en est la plus importante, et qui en constitue l'épaisseur, la forme et même la nature, se présente sous un aspect mollasse et spongieux. On dirait, au premier coup d'œil, que c'est une pulpe consistante dont a été enduit le tissu cellulaire extrêmement dense qui est subjacent. Cette mollesse est un caractère qui le distingue du chorion cutané, qui n'a, du reste, par sa nature intime, que très-peu de ressemblance avec lui.

« *Papilles muqueuses.* — Le mode particulier de sensibilité dont la peau jouit est, comme on le voit, attribué principalement à ce qu'on nomme *corps papillaire*, corps qu'il n'est pas communément facile de démontrer. La sensibilité des membranes muqueuses, assez analogue à celle de la peau, me paraît tenir au même mode d'organisation qui est ici infiniment plus facile à apercevoir. Les papilles de ce système ne peuvent être révoquées en doute à son origine, là où il s'enfonce dans les cavités ; dans le commencement même de ces cavités, l'inspection suffit pour les y démontrer. Mais on demande si, dans les portions profondes de ce système, les papilles existent aussi. L'analogie l'indique, puisque la sensibilité y est aussi prononcée qu'à leur origine, quoique avec des variétés que nous indiquerons ; mais l'inspection le prouve d'une manière non moins certaine. Je crois que les villosités dont on les voit partout hérissées ne sont autre chose que les papilles. »

Il est de toute évidence que la description que donne Bichat du chorion intestinal et des papilles ou villosités se rapporte exclusivement à la membrane vasculaire et aux appendices ou prolongements villeux qui existent à sa face interne. Il n'est donc pas étonnant que Bichat ait trouvé si peu de ressemblance entre le derme cutané et ce qu'il a regardé comme le chorion muqueux, puisque l'organisation de ces deux membranes est tout à fait différente, et que le véritable derme ou chorion intestinal n'était considéré par cet anatomiste que comme une simple lame de tissu cellulaire extrêmement dense, subjacent à la muqueuse sans interposition du tissu cellulaire.

C'est entre la membrane fibreuse des auteurs et le chorion cutané qu'il y a véritablement continuité et identité d'organisation.

« Examinée à l'œil nu, la muqueuse, dit M. Cruveilhier, présente une surface molle, spongieuse, tomenteuse, veloutée : d'où le nom de *membrane villeuse* ou *veloutée* sous lequel elle est assez généralement connue. Elle présente une surface externe adhérente par un tissu cellulaire assez lâche à la membrane fibreuse, tissu cellulaire susceptible d'infiltration séreuse, sanguine, puru-

lente. On peut très-bien simuler l'emphysème ou l'œdème sur le cadavre en distendant l'intestin retourné, soit avec de l'air, soit avec de l'eau. La ténuité qu'elle acquiert par suite de l'emphysème ou de l'œdème artificiels a fait penser à tort que ce qu'on appelle *muqueuse intestinale* n'était qu'un épiderme, suite de l'épiderme cutané, et que le derme cutané était représenté par la tunique fibreuse. Sa surface interne libre est enduite d'une couche plus ou moins épaisse de mucosités, et remarquable par des papilles très-développées. La muqueuse qui revêt le rectum est plus lâchement unie à la tunique fibreuse que dans le reste du gros intestin. Cette laxité augmente surtout à la partie inférieure du rectum. »

Je ferai d'abord remarquer que les caractères assignés par M. Cruveilhier à la muqueuse sont ceux de la membrane que j'ai décrite sous la dénomination de *membrane vasculaire*, et qu'à l'exemple de Bichat, il considère celle-ci comme constituant à elle seule la muqueuse intestinale. Mais si ces deux anatomistes s'accordent dans la description qu'ils donnent de la muqueuse, il n'en est plus de même lorsqu'ils parlent de ses rapports avec la membrane fibreuse.

Bichat a raison de dire que la muqueuse est dans un rapport immédiat avec la membrane fibreuse. On comprend difficilement comment M. Cruveilhier a écrit qu'il existe entre la membrane muqueuse et la tunique fibreuse un tissu cellulaire lâche susceptible d'infiltration séreuse, sanguine, purulente.

Il n'existe pas entre ces deux membranes la moindre trace de tissu cellulaire. Jamais on ne voit entre ces membranes d'infiltration séreuse, sanguine, purulente. C'est entre les tuniques fibreuse et musculeuse qu'on trouve une couche plus ou moins épaisse de tissu cellulaire lâche, et c'est cette couche qui est constamment le siége des infiltrations séreuses, sanguines et purulentes. Ce serait, il est vrai, une erreur que de regarder ce qu'on appelle la *muqueuse* comme n'étant qu'un épiderme suite de l'épiderme cutané; mais ce serait une autre erreur que de ne pas considérer, à l'exemple de M. Cruveilhier, la membrane fibreuse comme représentant le derme cutané, puisqu'elle en a l'organisation, les propriétés, et qu'elle se continue avec lui. J'ajouterai enfin que la muqueuse du rectum est dans cette région, comme dans toute l'étendue du tube digestif, immédiatement appliquée sur le derme intestinal. La laxité dont parle M. Cruveilhier n'existe pas entre les membranes muqueuse et fibreuse qui, dans le rectum comme dans le reste du gros intestin, sont très-intimement unies l'une à l'autre; elle est même très-

bornée entre les tuniques fibreuse et musculeuse; car le tissu cellulaire interposé entre ces deux membranes forme, vers l'extrémité inférieure du rectum dans l'état sain, une couche mince plus dense que dans les autres points de l'intestin.

On a déjà vu précédemment que M. Nat. Guillot considère l'organisation vasculaire de la membrane muqueuse du canal intestinal comme comprenant l'ensemble du réseau vasculaire sous-muqueux, celui du réseau de la couche aréolaire et celui du réseau de la couche villeuse.

Ces deux derniers réseaux vasculaires répondent à la membrane vasculaire et à ses prolongements villeux ; le réseau sous-muqueux répond au derme. Les faits observés par M. Guillot sont assez conformes aux résultats que j'ai obtenus; seulement, cet auteur ne paraît pas avoir considéré ces différentes couches comme formant deux membranes bien distinctes, ayant une existence et une organisation propres. Mais, je le répète, les préparations auxquelles M. Guillot a soumis les intestins lui ont montré une disposition qui est parfaitement en rapport avec la composition membraneuse intestinale telle que l'établissent mes recherches.

« La membrane muqueuse, dit M. Flourens, se compose de trois lames : 1° l'épiderme, 2° le corps muqueux ou second épiderme, 3° le chorion. De ces trois lames, Bichat n'en a complètement connu qu'une, le chorion, le derme; il n'a pas aussi bien connu l'épiderme et le corps muqueux; la lame, la membrane intermédiaire entre le derme et l'épiderme, lui ont complètement échappé.

« Les villosités ou papilles ne sont, comme le dit très-bien Bichat, que des prolongements du chorion, du derme. La production des papilles est le caractère du chorion, du derme muqueux, comme elle l'est du derme, du chorion cutané.

« Bichat a complètement raison. Les villosités ne sont que les papilles, et les papilles des membranes muqueuses, comme celles de la peau, ne sont, je le répète, que des productions des prolongements du derme. »

On voit que le derme, pour M. Flourens, ne diffère pas du chorion muqueux de Bichat. Par conséquent il n'est autre chose que la membrane muqueuse des auteurs. Or, celle-ci, comme je l'ai fait voir, n'est qu'une des lames qui entrent dans la composition de la muqueuse intestinale ; c'est celle que j'ai décrite sous la dénomination de *membrane vasculaire*. Il faut donc rapporter à cette dernière membrane tout ce que dit M. Flourens du derme muqueux et des villosités.

Il est manifeste encore que cet habile anatomiste n'a fait aucune mention de la membrane fibreuse des auteurs, qu'il n'a rien dit de son organisation ni de sa continuité avec le derme cutané, et qu'il ne la considère point comme concourant à former la membrane muqueuse intestinale. Il a gardé au sujet de cette membrane un silence absolu ; cependant elle paraît jouer le même rôle et tenir la même place dans la muqueuse intestinale que le derme cutané dans la peau. Il y a entre ces deux membranes continuité de tissu et identité d'organisation et de propriétés. Ce n'est pas le derme cutané, comme l'ont écrit les anatomistes, qui en passant de la peau aux membranes muqueuses se modifie au point de revêtir les nouveaux caractères qu'ils lui assignent, caractères qui appartiennent non pas au derme, mais à la membrane vasculaire. C'est la membrane vasculaire qui, en passant de la muqueuse intestinale à la peau, éprouve des modifications assez grandes pour ne plus former à la face externe du derme cutané que le lacis de vaisseaux extrêmement fins dont parle Bichat. Cette modification profonde qu'éprouve la membrane vasculaire en passant du canal intestinal à la peau me paraît tenir certainement à la différence des fonctions de ces deux membranes, ou bien, si l'on veut, à la différence d'énergie, d'activité des fonctions qu'elles sont appelées à remplir.

M. Mandl s'exprime ainsi au sujet de la texture des muqueuses : « La couche la plus interne du système dermoïde, appelée tantôt *chorion*, tantôt *tunique nerveuse*, est composée d'un tissu cellulaire très-dense ; ce sont des faisceaux ondulés de fibres qui s'entre-croisent dans tous les sens et forment de cette manière des mailles rondes ou oblongues. La portion la plus superficielle de ce tissu cellulaire renferme des éléments qui ne sont pas encore arrivés à l'état parfait de leur développement. Les vaisseaux et les nerfs se répandent dans cette couche et ne la dépassent jamais. Les capillaires les plus déliés sont les plus superficiels.

« La tunique nerveuse forme aussi de nombreuses saillies appelées *villosités* dans le canal intestinal, et *papilles* sur les autres membranes muqueuses. Les papilles de la muqueuse, différentes des villosités, ont la même structure que les papilles de la peau. (*Anat. génér.*, p. 528-537.)

« Immédiatement au-dessus du tissu cellulaire qui constitue le derme, existe une membrane amorphe, limpide, renfermant quelquefois des corpuscules primitifs, métamorphosés, oblongs, fusiformes ; nous l'appellerons *tunique propre dermoïde*.

« Les éléments placés au-dessus de la tunique dermoïde sont

de forme très-différente, selon les régions du corps que l'on examine. Nous décrirons ceux de la peau sous le nom d'*épiderme*, et ceux des membranes muqueuses sous celui d'*épithélium.* »

On voit que l'opinion de M. Mandl diffère fort peu de celle de M. Flourens, et qu'il serait superflu de revenir sur ce que j'ai dit précédemment. Je ferai seulement remarquer que M. Mandl ne s'est pas contenté de constater l'existence des diverses couches d'épithélium admises par le savant académicien, mais qu'il a encore étudié les éléments dont chacune d'elles se compose. (Voyez *Comptes-rendus hebd. de l'Acad. des sciences*, mai 1844.)

Avant de terminer, il n'est peut-être pas inutile d'appeler l'attention sur ce que les auteurs entendent par *papilles* et *villosités.* J'ai dit que la membrane vasculaire, immédiatement appliquée sur le derme, est couverte à sa face externe d'appendices ou prolongements villeux, tandis que sa face interne laisse voir une quantité de petites cavités coniques qui logent les granulations ou petites éminences du derme.

C'est à tort que la plupart des auteurs ont voulu assimiler les appendices, qu'ils nomment indifféremment *papilles* ou *villosités*, aux papilles du derme cutané. Cette opinion est la conséquence de l'erreur qui jusqu'alors a fait considérer cette membrane vasculaire comme le chorion intestinal. Aussi ne faut-il pas s'étonner de voir les anatomistes reconnaître de si grandes différences de développement et de structure entre ce qu'ils nomment le *chorion muqueux* et le *derme cutané*, les *villosités intestinales* et les *papilles de la peau.* Ces grandes différences disparaissent si l'on cherche à établir l'assimilation entre le derme muqueux (membrane fibreuse des auteurs) et le chorion cutané, les granulations du premier et les papilles du second. Les appendices villeux de la membrane vasculaire (villosites des auteurs) sont, comme le fait remarquer M. Mandl, des organes qui paraissent bien différents des papilles. Peut-être serait-il bon de leur réserver exclusivement la dénomination de *villosités*, et de donner aux petites éminences coniques du derme cutané et intestinal celle de *papilles.*

N'ayant pas l'habitude du microscope, il ne m'appartient pas de rien dire sur l'organisation, la structure intime des papilles, ni des appendices villeux de la membrane vasculaire, ni sur les rapports qui peuvent exister entre les villosités et les papilles du derme. A ce sujet, on pourra consulter avec fruit un travail fort

intéressant et entièrement neuf de M. Lacauchie, ainsi que l'*Anatomie* de M. Mandl.

Je me résume dans les propositions suivantes :

1° La membrane muqueuse du gros intestin se compose de quatre lames ou membranes bien distinctes, qui sont, en comptant de dehors en dedans, l'épiderme, le corps muqueux ou second épiderme, la membrane vasculaire et le derme.

2° De ces quatres membranes, les trois premières seulement ont été décrites par M. Flourens ; la quatrième, qui est le derme intestinal, le véritable chorion muqueux, n'a été jusqu'à présent que fort incomplètement connue, soit en elle-même, soit dans ses rapports avec les autres parties constituantes de l'intestin.

3° Le derme muqueux est le canevas, la charpente de la muqueuse intestinale, comme le chorion cutané celui de la peau.

4° Le derme muqueux est couvert à sa face interne de granulations coniques très-petites, régulièrement disposées, réunissant tous les caractères attribués aux papilles du derme cutané.

De plus, il y a entre le chorion intestinal et le chorion cutané continuité de tissu et toutes les apparences d'identité parfaite de structure et de propriétés.

5° La membrane vasculaire (muqueuse de la plupart des auteurs), immédiatement appliquée sur le derme, est garnie à sa surface externe d'une multitude de petits appendices ou prolongements villeux, tandis que sa face interne présente une infinité de petits enfoncements qui logent les granulations du derme. Le nombre et la longueur de ces villosités ne peuvent être soupçonnés tant que la membrane vasculaire est recouverte de l'épiderme.

6° C'est à tort qu'on a voulu assimiler la membrane vasculaire au derme cutané, et les villosités intestinales aux papilles de la peau : celles-ci répondent aux granulations du derme muqueux comme celui-ci répond au chorion cutané.

7° Lorsque, par suite de maladie, la membrane vasculaire a été détruite, le derme muqueux paraît avoir la propriété de la reproduire, ou du moins de donner lieu à une nouvelle membrane qui a avec elle la plus grande ressemblance. Mais cette régénération paraît liée d'une manière absolue à l'existence des granulations du derme. La membrane de nouvelle formation a le reflet lisse et brillant de la muqueuse intestinale à l'état sain ; d'où il faut conclure que l'épiderme a été aussi reproduit.

En terminant, je ferai remarquer que la composition de la muqueuse du gros intestin, telle que je viens de la décrire, me paraît la même que celle reconnue par M. Flourens à la peau des races humaines colorées. « Outre le derme et les deux épidermes, dit le savant académicien, qui existent dans la peau de l'homme de la race blanche, j'ai découvert dans la peau de l'homme de la race colorée un appareil particulier que j'appelle *appareil pigmental*, et qui se compose : 1° d'une membrane particulière qui porte le pigmentum, et 2° de la couche même du pigmentum.

« Cet appareil résulte d'une modification profonde qu'a éprouvée le derme. Une des lames de ce derme, la plus externe, peut être détachée, séparée des autres par la macération, et je la regarde comme formant une membrane propre.

« Le derme des races humaines colorées se partage donc en deux portions : une portion non modifiée qui reste le derme lui-même, et une portion modifiée qui devient une membrane propre.

« Le derme ordinaire, le derme de la peau blanche, produit ses deux épidermes. Quand ces deux épidermes sont détruits, il les reproduit.

« Le derme modifié, le derme des races colorées, produit le pigmentum et les deux épidermes; et le pigmentum et les deux épidermes ont beau être détruits, tant que le derme subsiste, il les reproduit.

« Le derme est donc l'organe producteur des deux épidermes et de la couche pigmentale. »

Il est facile de le voir : la membrane qui porte le pigmentum, la portion de derme modifiée qui devient une membrane propre, tient, dans la peau de l'homme de race colorée, la place qu'occupe la membrane vasculaire dans la muqueuse intestinale ; de plus, on voit le derme intestinal reproduire la membrane vasculaire et les deux épidermes muqueux, comme le derme cutané reproduit la couche pigmentale et les deux épidermes cutanés. Il est vrai qu'entre ces deux faits il existe une différence dont il faut tenir compte : c'est que M. Flourens semble considérer la reproduction de la couche pigmentale et des deux épidermes comme liée à l'existence et à l'intégrité parfaite de la lame la plus externe du derme; tandis que, d'après les observations que j'ai faites, la membrane vasculaire elle-même serait reproduite par le derme. N'en serait-il pas de même pour la membrane qui porte le pigmentum ? Et pour que la coloration de la peau du nègre ne se reproduisît plus à la suite d'une blessure, ne faudrait-il pas

que cette blessure eût détruit non-seulement la lame externe du derme, mais encore le derme lui-même, celui-ci pouvant avoir la propriété de reproduire cette lame externe, comme le derme intestinal paraît jouir de la propriété de reproduire la membrane vasculaire? Ne serait-il pas possible, enfin, que la lame externe du derme, fort développée dans la peau de l'homme de race colorée, fût à l'état élémentaire dans la peau de l'homme blanc, et représentée dans celle-ci par le lacis des vaisseaux extrêmement fins que Bichat dit exister à la surface externe du derme?

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQ. ET CLINIQ. MÉDICALES.

4. *Des perforations intestinales dues à une cause pathologique, et des péritonites, soit générales, soit partielles, auxquelles elles donnent lieu;* par A. Toulmouche.

(Suite : *voir* t. 158, octobre 1845, p. 60.)

(Gazette médicale de Paris, N° 42.)

Ancien épanchement pleurétique à droite, en majeure partie résorbé; vastes excavations tuberculeuses au sommet des poumons; dilatation des bronches; nombreuses ulcérations du larynx avec destruction de cerceaux trachéaux; péritonite par perforation d'un intestin; ulcérations multipliées dans les autres; mort.

Obs. III. — Deraison, âgé de 40 ans, entra le 4 mars 1838 à l'infirmerie. Il toussait et éprouvait de l'oppression. Sa poitrine percutée et auscultée, je reconnus du côté droit un ancien épanchement pleurétique et une légère hypertrophie du ventricule gauche du cœur. (Saignée de 500 grammes; demi-quart; infusion de capillaire; julep narcotique.)

Le 5. Large emplâtre épispastique sur le côté malade.

Le 7 juin, après quelques jours de sortie qui lui avaient été accordés, le malade rentra dans les salles de médecine, présentant les mêmes phénomènes; plus un peu de râle muqueux. L'appétit était bon : néanmoins le malade avait maigri, toussait sans cesse, avait des sueurs nocturnes. Je fis commencer les aspirations de chlore et appliquer deux cautères sur le côté droit de la poitrine.

Le 24. Il survint des symptômes d'embarras gastrique qui nécessitèrent une potion vomitive et la diminution de la quantité des aliments. Deraison finit, à force d'obsessions, par m'arracher sa sortie.

Il fut remonté à l'infirmerie le 2 juillet. Il toussait toujours, était oppressé, avait de la fièvre. (Huit sangsues à l'anus ; un bain entier ; infusion de capillaire.)

Au bout de quelques jours, il survint du mieux, l'appétit augmenta. J'accordai les trois quarts. Importuné de nouveau par ses demandes de retourner à son travail, je le lui accordai le 10, avec la certitude que ce serait pour peu de temps. En effet, il revint dans mon service le 12. L'amaigrissement avait continué à faire des progrès. J'auscultai de nouveau la poitrine, et je reconnus de vastes excavations tuberculeuses dans les poumons.

Le 17. Le malade se trouvait un peu mieux; nouvelle sortie. Il rentre de nouveau le 11 septembre dans l'état suivant : aphonie complète que j'attribuai à l'existence d'ulcérations dans le larynx; facies caractéristique de celui des péritonites chroniques ou des ulcérations intestinales. Je diagnostiquai ces dernières, le ventre n'étant ni tendu, ni douloureux à la pression, la peau étant sèche et terreuse, et de la diarrhée existant depuis quelque temps.

Le 14. Selles liquides, langue sèche et recouverte à sa base d'un enduit muqueux; oppression et maigreur extrêmes; œdème autour des malléoles, sueurs nocturnes, peu de sommeil. (Bouillie de froment; julep narcotique; sinapismes volants aux extrémités inférieures.)

Le 17. Même état; maigreur croissante; crachats puriformes.

Le 19. Perte de l'appétit; le patient buvait deux litres de lait par jour; il se plaignait de douleurs au larynx.

Le 20. Sueur visqueuse, respiration râlante. Ce malheureux lutta encore sept jours contre la mort, et s'éteignit enfin le 28 septembre.

Autopsie cadavérique faite vingt heures après le décès.

Etat extérieur. La maigreur était squelettique. Le crâne ne fut pas ouvert, le malade ayant conservé jusqu'à la fin l'intégrité de son intelligence.

Thorax. Le côté droit renfermait encore une petite quantité de sérosité, reste d'un ancien épanchement en majeure partie résorbé.

La surface du poumon offrait de fortes et nombreuses adhérences. Le lobe supérieur était creusé d'une vaste caverne anfractueuse, de même que le lobe moyen dans sa partie postérieure. Les tuyaux bronchiques étaient dilatés.

Le poumon gauche était également adhérent dans plusieurs points, et son lobe supérieur détruit par une très-grande excavation tuberculeuse.

Plusieurs ulcérations furent rencontrées dans le larynx. Elles avaient détruit quelques cerceaux de la trachée et nécrosé l'arc postérieur du cartilage cricoïde.

Le cœur était normal.

Abdomen. Sa cavité renfermait une certaine quantité de sérosité jaune. Le grand épiploon avait un aspect gris-bleuâtre. Il avait, dans un point, contracté des adhérences avec la partie inférieure de l'excavation du petit bassin. La portion de péritoine qui tapisse les hypochondres et la paroi antérieure de l'abdomen présentait un grand nombre de taches rondes ou ovales, de matière noire ou mélanique déposée dans son épaisseur. La surface du foie offrait des adhérences celluleuses (traces d'une ancienne péritonite). Tout un paquet intestinal formé des portions inférieures de l'iléon adhérentes entre elles plongeait au fond et à gauche de l'excavation du petit bassin où il avait contracté, de même qu'avec la partie correspondante de la vessie, de très-fortes adhérences, à l'aide d'un tissu d'apparence fibro-cartilagineuse, criant sous le scalpel et tellement résistant qu'on déchirait les portions d'intestin adhérentes. Il est probable que, dans ce point, il s'était effectué plusieurs perforations intestinales qui avaient provoqué anciennement une péritonite partielle à leur pourtour, laquelle avait constitué les adhérences et laissé un tissu induré comme moyen de protection.

L'estomac était sain, ainsi que le duodénum. Le jéjunum présentait un grand nombre d'ulcérations transversales, à bords irréguliers, tomenteux, boursoufflés, comme carminés par endroits, à fond granulé, formé par le tissu cellulaire sous-péritonéal induré, d'aspect grisâtre ou légèrement rougeâtre, ou, dans celles plus vastes et plus profondes, par la seule tunique du péritoine, tantôt simplement épaissie, tantôt tuberculeuse.

Dans l'iléon, elles étaient bien plus nombreuses et plus étendues, puisque beaucoup l'envahissaient en forme d'anneau dans toute sa circonférence. On remarquait que, dans ces points, les matières fécales étaient plus liquides et plus infectes. Dans les sept à huit derniers décimètres, ces ulcérations étaient si grandes qu'elles n'en formaient plus qu'une ou un cloaque dans lequel toutes les tuniques étaient détruites, et autour duquel des adhérences multipliées de toutes les circonvolutions intestinales voisines s'étaient établies à la suite des perforations qui avaient donné lieu à l'ancienne péritonite, dont on retrouvait les traces, et à d'autres semblables au fond de l'excavation du petit bassin, et avec la partie gauche de la vessie. La valvule iléo-cœcale était détruite, la face interne du cœcum criblée d'ulcères à fond gris-bleuâtre ou noi-

râtre. La muqueuse du colon et celle du rectum étaient saines.

Les autres organes étaient dans l'état normal.

— Dans cette observation, le facies grippé remarqué durant la longue maladie qui en fait le sujet aurait pu donner l'éveil sur la complication d'une péritonite, si le ventre eût été tendu, douloureux ; tandis qu'on l'attribua, eu égard à la diarrhée chronique, à l'existence d'une entérite avec ulcérations. Cependant, à l'ouverture du cadavre, on rencontra les traces d'une ancienne péritonite probablement due au voisinage trop immédiat de vastes ulcères intestinaux, ou à la perforation de quelques points par ceux-ci ; dernier fait rendu indubitable, puisque je trouvai presque tout le dernier pied de l'intestin iléon détruit.

Il faut donc fixer spécialement son attention sur ce signe et être sur ses gardes toutes les fois qu'on le voit apparaître pendant ou vers la fin des longues diarrhées ; car, dans le plus grand nombre des cas, on a constaté à l'autopsie des corps les caractères anatomiques de péritonites ayant coïncidé avec son apparition.

Double hydro-thorax ne s'étant manifesté par aucun symptôme ; tubercules gris au sommet des poumons, avec œdème ; hydro-péricardite ancienne ; péritonite suite de perforation probable d'un point de l'intestin, guérie par adhérences et méconnue ; vastes ulcérations dans le colon ; œdème du rein gauche ; mort.

Obs IV. — Avouis, détenu, âgé de 29 ans, ayant fait de fréquents séjours dans les prisons, ressentit un profond chagrin de sa dernière condamnation.

Il avait beaucoup maigri à la suite d'un dévoiement chronique qui l'avait retenu longtemps à l'infirmerie de la prison, lorsqu'il fut transféré à la maison centrale de détention de Rennes. Il fut immédiatement admis dans les salles de médecine le 5 avril 1839. Son état était le suivant : maigreur squelettique, peau sale, terreuse et sèche ; langue rouge, mais humide. Point de toux ni d'oppression, mais de la diarrhée ; le pouls était fréquent et l'appétit encore assez prononcé.

Le 17. Le dévoiement continuait. (Eau de riz, trois pilules faites avec extrait gommeux d'opium, 2 centigr. 1/2, et acétate de plomb, 1,1/2, qui furent continués le lendemain ; le quart.)

Le 19. La diarrhée avait cessé ; mais l'état général était le même. (Demi-quart, œuf frais, une seule pilule, décoction de sagou, suppression des pilules.)

Le lendemain et les jours suivants, le quart.

Avouis fut gardé dans les salles, afin de prévenir les écarts de régime auxquels il se serait livré dans les ateliers.

Le 1er mai. Le malade demandait incessamment à manger, ce qui est fréquent dans les ulcérations chroniques du gros intestin.

Cet homme, qui avait été très-probablement atteint d'ulcérations intestinales, présentait bien le facies caractéristique des phlegmasies chroniques du bas-ventre. On lui accorda la demi-ration et eau gommeuse.

Le 8. La maigreur était la même. L'appétit se maintenait. On remarquait un léger œdème autour des malléoles. (Trois quarts, même tisane.)

Le 19, cédant aux obsessions d'Avouis, je lui accordai la sortie, en lui prédisant une rechute et une mort inévitable. Onze jours après, il fut en effet remonté à l'infirmerie. C'était un spectre, tant sa maigreur était effrayante. Ses forces étaient anéanties. Il se plaignait de douleur à la gorge et avait la diarrhée. (Demi-quart, bouillon de sagou, pilules avec l'acétate de morphine, eau de riz.)

Le 1er juin. Le ventre était ballonné. Il survint plusieurs hémorrhagies intestinales. Je fis donner la décoction blanche et continuer deux pilules chaque jour. Avouis était mourant. Cependant il conservait l'intégrité de ses facultés intellectuelles. Il expira le 3 juin, à six heures du matin, sans souffrir, et en parlant.

Autopsie cadavérique faite 24 heures après la mort.

État extérieur. L'amaigrissement était porté à ses limites extrêmes; la peau était terreuse, sèche. Il y avait de l'œdème autour des malléoles.

La tête ne fut pas ouverte, aucun trouble n'étant survenu dans l'intelligence.

Thorax. La cavité gauche était remplie de sérosité, dans laquelle nageait le poumon, adhérent seulement par son sommet; point de débris albumineux. Tout le sommet de l'organe était dur, farci de tubercules gris agglomérés. La partie inférieure du lobe supérieur était atteinte d'un œdème considérable, de même que l'inférieur, mais ce dernier à un moindre degré. La partie inférieure et externe était splénifiée. La muqueuse bronchique était peu rouge.

Le côté droit du thorax était également occupé par de la sérosité limpide en moindre quantité. Le poumon renfermait à son sommet, également adhérent, une masse de tubercules gris agglomérés. Le tissu du lobe moyen était légèrement œdémateux, et celui de l'inférieur en partie splénifié. Les tuyaux bron-

chiques qui s'y distribuaient étaient généralement dilatés; leurs parois épaissies, et la muqueuse qui les tapisse rouge et hypertrophiée.

La cavité du péricarde renfermait une assez grande quantité de sérosité limpide.

Abdomen. Les intestins étaient distendus par des gaz. Ils étaient agglomérés en paquet par d'anciennes adhérences celluleuses; en sorte qu'il était difficile d'en suivre les diverses circonvolutions. Ils avaient contracté des adhérences avec le fond de l'excavation du petit bassin qui ne contenait point de sérosité. Le grand épiploon était également adhérent à la partie inférieure de la paroi antérieure du ventre et dans l'excavation pelvienne. Il en était de même de toute la surface convexe du foie, de sa face concave gauche avec l'estomac, et de la face externe de la rate avec la paroi correspondante. L'estomac et le duodénum étaient sains; il en était de même du jéjunum et de l'iléon. Le dernier présentait seulement, à 14 centim. à peu près du cœcum, une ancienne ulcération cicatrisée, à fond comme fibro-cartilagineux, à fibres transverses, à bords souillés de matière noire, ainsi que divers points de la circonférence du fond.

Le cœcum offrait de la rougeur à sa face interne; mais la portion ascendante du colon, immédiatement au-dessus et dans une étendue de près de 15 centim., était épaissie et se déchirait à la moindre traction. Toute sa surface interne ne constituait qu'un vaste cloaque noirâtre formé de débris de la muqueuse épaissie, dont les lambeaux flottants, noirâtres, indurés, constituaient des tumeurs frangées, irrégulières. Les intervalles étaient plus ou moins souillés de matière noire et d'un tissu rugueux, inégal, comme cartilagineux. Le tissu cellulaire extérieur à l'intestin était hypertrophié, jaunâtre, analogue à un épiploon épaissi et induré.

Toute cette portion de l'intestin était occupée par des matières fécales brunâtres, adhérentes, et d'une odeur infecte, lesquelles, liquides dans l'arc transverse du colon, en tapissaient la muqueuse. Celle de l'S iliaque offrait çà et là d'anciennes ulcérations en majeure partie cicatrisées, à bords irréguliers, coupées à pic, mousses, noirâtres, et à fond fibro-cartilagineux induré.

Le rectum était sain; les glandes du mésentère tuméfiées, d'un tissu blanc, opaque, tacheté par endroits de matière noire.

La rate était assez volumineuse, adhérente par tous les points de sa surface, à l'aide d'un tissu celluleux ancien, solide.

Le foie très-gras se laissait déchirer à une certaine pression; sa substance était jaune, homogène, compacte.

Le rein gauche, plus volumineux qu'à l'ordinaire, était comme distendu et légèrement bosselé le long de son bord convexe. Son tissu était homogène, d'un jaune faiblement rougeâtre, d'une dureté très-grande, imbibé de sérosité qui en suintait à la pression, surtout dans la couche corticale qui se confondait avec la substance tubuleuse. En pressant la première avec le doigt comme pour l'y enfoncer, on en faisait sauter autant de portions qui se séparaient réellement et étaient projetées au loin comme un morceau de rave qu'on rompt. Le rein droit était sain.

— Dans cette observation, il y eut indubitablement perforation du commencement de la portion ascendante du colon rencontré si largement et si profondément ulcéré ; épanchement d'humidité ou de gaz stercoraux dans la cavité du péritoine, lesquels auront donné lieu à la péritonite dont on retrouva les traces dans les adhérences de toutes les circonvolutions intestinales entre elles. En effet, il y eut exsudation plastique ou albumineuse, et secondairement adhérence au pourtour de la perforation intestinale, lesquelles seront devenues le moyen employé par la nature pour rétablir la continuité du tube de l'intestin et s'opposer à une nouvelle issue des fluides contenus dans sa cavité.

Dans ce cas, comme je l'ai déjà signalé pour les trois quarts des autres, la péritonite dut se traduire par les symptômes d'une gastro-entérite chronique. Et s'il n'en fut pas ainsi à l'époque où j'observais le malade, s'il n'exista que les signes d'une entérite chronique, on doit l'attribuer à ce que la péritonite était alors guérie, tandis que les vastes ulcérations intestinales entretenaient seules une diarrhée colliquative qui, jointe aux lésions si graves rencontrées dans la poitrine, dut rapidement mettre fin à l'existence.

Ce cas est, en outre, un exemple de phlegmasie péritonéale déterminée presque constamment, comme on le verra dans les histoires qui vont suivre, par les perforations intestinales, ou même souvent par le simple voisinage d'ulcérations n'ayant détruit que la tunique muqueuse, musculeuse et celluleuse sous-péritonéale, et s'effectuant alors par voie de contiguité. Ici il faut bien admettre l'une ou l'autre de ces causes.

Quant au double hydro-thorax qui fut trouvé à l'ouverture du cadavre et méconnu pendant la vie faute d'exploration, tout porte à croire qu'il se sera développé durant les derniers temps de la maladie, de même que la collection de sérosité qui existait dans la cavité du péricarde; car on n'avait remarqué ni toux ni oppression pendant le séjour du patient dans les infirmeries.

Ancien épanchement pleurétique à droite; poumons creusés de vastes excavations tuberculeuses; épanchement de sérosité provenant d'une péritonite chronique due à une perforation intestinale; nombreuses ulcérations dans les intestins; mort.

Obs. V.— Hamaunoux, âgée de 47 ans, entra le 25 août 1838 à l'infirmerie. Elle toussait beaucoup, était oppressée. Les crachats étaient abondants, blancs, jaunâtres, nageant dans un liquide trouble et filant. La poitrine résonnait bien. On entendait de chaque côté un râle muqueux bruyant. Je constatai, dans plusieurs points et dans les fosses sous-épineuses, une forte résonnance de la voix et de la pectoriloquie. Je diagnostiquai : vastes excavations tuberculeuses et dilatation des bronches. (Le quart; julep narcotique; aspiration de chlore; eau gommeuse.) Le même traitement fut continué jusqu'au 30.

Le 31. Amaigrissement prononcé ,crachats muco-puriformes et abondants; des vomissements par suite des quintes de toux qui étaient continuelles; tristesse : la malade passait les nuits assise dans son lit. (Le quart, décoction de lichen.)

Le 11 septembre. L'état était aussi grave : le chlore fatiguant, on fut obligé de le remplacer par des fumigations de goudron.

Le 18. Etat aggravé; maigreur et altération du visage extrêmes, sueurs nocturnes très-fortes; fièvre continuelle, de même que la toux et l'oppression. Expectoration assez copieuse. (Le quart, décoction de lierre terrestre; julep narcotique; aspiration de chlore.)

Le 25. Râle bruyant; expectoration supprimée; pouls faible, mais fébrile. Un peu d'œdème à la main droite ; langue sèche ; la figure, couverte d'une sueur gluante, était pâle ; position assise. (Infusion de mélisse ; potion avec 3 décigr. de kermès.)

Le 27. Elle mourut dans la journée, à trois heures de l'après-midi.

Autopsie cadavérique faite vingt-trois heures après la mort.

Etat extérieur. Corps amaigri.

Thorax. Epanchement de sérosité sanguinolente à droite; vaste caverne au sommet du poumon droit; excavations plus petites dans le même lobe ; vaste caverne à recevoir les deux poings dans le poumon gauche, qui était partout adhérent. Ce poumon était presque réduit à une coque.

Abdomen. Il y existait à peu près un demi-kilogramme de sérosité d'un jaune-blanchâtre, trouble et d'aspect puriforme. La surface des intestins grêles était d'un rouge vif piqueté, surtout inférieurement.

Le cœcum était tiraillé par suite d'une adhérence intime contractée avec la partie supérieure droite de la vessie, qui était un peu de ce côté. Cette adhérence avait été le résultat du voisinage d'une vaste ulcération de l'intestin, qui avait donné lieu, ou à une perforation, ou à une phlegmasie par contiguité; mais la première opinion est plus probable, à cause de la péritonite générale qui aura indubitablement été occasionnée par le contact de gaz stercoraux se faisant jour à travers une petite crevasse ou érosion perforative intestinale.

L'estomac, très-vaste, était en partie rempli par une pâte chymeuse dans laquelle on reconnaissait du lait coagulé. Sa muqueuse était blanche et tapissée de mucosités tenaces. Celle du duodénum offrait, en arrière, une grande plaque blanchâtre. Le jéjunum contient un liquide d'un blanc-jaunâtre. Ses parois étaient épaissies par suite d'un peu d'œdème sous-muqueux.

L'iléon offrit plusieurs ulcérations transversales, à bords tomenteux, renversés, tantôt pâles, tantôt bordés çà et là d'une couleur rouge carminée faisant liséré; leur fond gris-noirâtre n'était formé que par la couche de tissu cellulaire située au-dessous de la tunique musculeuse, qui était indurée, et même, dans quelques-unes, par le péritoine seulement. A l'endroit où il se joint au cœcum, il était envahi par une vaste ulcération avec épaississement, occupant toute sa circonférence, à fond noirâtre, à bords épais, laquelle avait détruit la valvule iléo-cœcale et s'était étendue à la face interne du cœcum. Ce dernier était rempli de matières stercorales liquides ou très-molles, ainsi que le reste du gros intestin. Toute la muqueuse du colon était criblée d'une multitude de petits ulcères de forme ronde, irrégulière, à bords très-mous. On en retrouvait, mais plus petits et moins nombreux, jusque dans la partie supérieure du rectum.

Les glandes mésentériques étaient tuméfiées, et quelques-unes tuberculeuses.

Le foie était volumineux, son tissu jaune, granulé, facile à écraser et comme gras.

La rate, ainsi que les reins et la vessie, étaient dans l'état normal.

— Cette observation a la plus grande analogie avec la précédente, sous le rapport de la lésion intestinale. En effet, la vaste ulcération du cœcum aura donné lieu à une phlegmasie péritonéale partielle par contiguité, laquelle lui aura fait contracter des adhérences avec la portion correspondante de la vessie, ou, ce qui est plus probable, aura donné lieu à une perforation par laquelle se sera effectuée l'émission d'humidités ou de gaz stercoraux qui auront développé

la péritonite, parfaitement caractérisée, à l'ouverture du cadavre, par l'existence, dans la cavité abdominale, d'à peu près 500 grammes de sérosité blanchâtre, trouble, d'aspect puriforme, et le ponctué d'un rouge vif de la surface externe des intestins grêles.

Les nombreuses ulcérations rencontrées en outre dans l'iléon, et ayant détruit toutes les tuniques, moins celle du péritoine, auront concouru, simultanément avec les précédentes, à développer l'inflammation de cette membrane séreuse.

Du reste, j'ai souvent rencontré, dans le grand nombre de phthisiques atteints d'ulcérations intestinales profondes que j'ai ouverts, de ces phlegmasies péritonéales, tantôt limitées, tantôt ayant pris plus d'extension, ou même un caractère de généralité, sans qu'il y eût de perforation bien réelle à l'intestin, mais seulement imminence.

Y eut-il, pendant l'existence, des symptômes qui eussent pu traduire cette lésion des intestins et du péritoine ? Aucun, car la maladie ne présenta que la série de ceux qui caractérisent la dernière période d'une phthisie pulmonaire à marche aiguë ayant creusé le parenchyme de vastes cavernes.

Vastes excavations tuberculeuses dans les poumons; ulcérations intestinales; péritonite à la suite de la perforation d'un point de l'iléon, produite par celles-ci; mêmes ulcères dans le cæcum et le colon; mort.

Obs. VI. — Cogan, détenue, âgée de 43 ans, entra le 2 mai 1837 à l'infirmerie, présentant tous les signes d'une pneumonie latente du lobe inférieur du poumon droit, et ayant en outre de la diarrhée. La première lésion fut combattue par une saignée de 500 grammes et l'application d'un large emplâtre épispastique sur le côté ; et la seconde, par des tiers de lavement opiacé et la diète.

Le 5. La fièvre était continue et le dévoiement persistait, La peau était chaude, sèche, la toux peu fréquente. Je diagnostiquai une gastro-entérite chronique. (Bouillon ; tiers de clystère anodin ; pour tisane, une dissolution de 4 grammes de chlorure d'oxyde de sodium pour un litre d'eau.)

Le 9. Les évacuations alvines continuaient. Je suspendis la solution et je fis appliquer des cataplasmes laudanisés sur le ventre.

Le 14. Des sangsues furent placées à l'anus et n'amenèrent aucun changement. Cogan maigrissait, était minée par une fièvre hectique et des sueurs nocturnes. L'abdomen n'était pas

tendu; le facies était celui des phlegmasies chroniques des organes digestifs.

Le 20. Il était survenu un peu d'amélioration; l'appétit était un peu plus prononcé, mais la diarrhée était la même et l'émaciation augmentait.

Le 26. J'essayai la thériaque, quoique je fusse depuis longtemps convaincu de l'existence de nombreuses ulcérations dans les intestins. La malade mangeait le quart et même la demi-ration; le mieux continuait: elle demanda sa sortie le 4 juin.

Elle rentra à l'infirmerie le 16; le dévoiement était revenu, de même que la fièvre. Je prescrivis des tiers de lavement avec 2 grammes de chlorure d'oxyde de sodium, et pour boisson une solution de 2 grammes du même sel, et une application de 8 sangsues à l'anus. Mais cette médication ne put être supportée, il fallut revenir à l'eau gommeuse et aux pilules d'opium.

Le 22. Même état, sueurs abondantes, peau sèche, terreuse, le ventre nullement tuméfié et insensible à la pression. (Une tasse de décoction de lichen le matin et le soir; eau de riz gommée; pilules d'opium.)

Le 4 juillet. La pneumonie semblait devenir plus aiguë. J'auscultai, et je reconnus qu'elle occupait la partie déclive et antérieure du lobe inférieur du poumon droit. En outre, la matité était prononcée dans ce côté.

Le lendemain, je fis appliquer deux cautères sur cette partie du thorax.

Le 10. Le dévoiement continuait; crachats muqueux. (Eau de riz laudanisée; tiers de lavement opiacé.) L'appétit semblait augmenter. J'accordai le demi-quart, et plus tard le quart; mais il fallut bientôt revenir au bouillon avec le sagou.

Pendant le reste du mois, l'émaciation fit encore des progrès. Alors je cessai tout remède, ayant reconnu dès longtemps de vastes excavations tuberculeuses au sommet des poumons. Je me bornai à soutenir les forces et à me régler sur les péripéties de la maladie, pour prescrire, tantôt les opiatiques, tantôt les toniques.

Le 29. Le ventre rendait un son tympanique à la percussion, il était un peu plus tendu que de coutume; le facies était celui de la péritonite chronique. Peau sèche et écailleuse, langue naturelle, pouls fréquent; météorisme plus prononcé, mais sans douleurs plus vives. (Julep; eau très-légèrement chlorurée pour tisane.)

Ces remèdes furent continués sans succès.

Depuis cette époque jusqu'au 10, où la mort eut lieu, la toux et l'expectoration puriforme augmentèrent; l'état indolent du

ventre persista ; le facies caractéristique de la péritonite se dessina d'une manière plus tranchée. Durant cette longue maladie, jamais il ne survint de signes propres à faire reconnaître cette dernière lésion, bien qu'elle eut dû se développer lors de la déchirure des deux points des l'intestin.

Autopsie cadavérique faite 26 heures après le décès.

Etat extérieur. La maigreur était excessive. On apercevait près de l'anus un abcès qui s'était ouvert spontanément.

Thorax. Poumon gauche creusé d'une vaste caverne et infiltré dans son lobe inférieur de nombreux tubercules miliaires.

Poumon droit si intimement adhérent qu'on le déchira dans les tractions exercées pour l'enlever. Ses trois lobes sont réunis par des pseudo-membranes anciennes ; le supérieur occupé par plusieurs excavations, et les deux autres engoués de sang et parsemés de tubercules. On remarquait plusieurs petites ulcérations de la membrane muqueuse des bronches à leur bifurcation. La cavité du péricarde contenait une assez grande quantité de sérosité. Le cœur était sain.

Abdomen. Il renfermait deux à trois litres d'un liquide trouble, tenant en suspension de l'albumine blanchâtre. L'épiploon était épaissi, adhérent à la surface des intestins qui étaient agglomérés et tapissés de pseudo-membranes à leur surface.

On découvrait vers le milieu de l'iléon une perforation assez large, autour de laquelle il s'était établi de nombreuses adhérences.

L'estomac était sain ; le jéjunum avait ses parois épaissies et œdématiées ; sa muqueuse était ulcérée dans une foule de points. Ces ulcères offraient un fond rouge, des bords irréguliers, comme tomenteux, taillés à pic, et, en général, ils s'arrêtaient à la tumeur musculeuse.

Dans l'iléon, dont les circonvolutions étaient encore bien plus adhérentes entre elles, de même qu'avec divers points de l'excavation du petit bassin, les ulcérations y étaient également plus nombreuses ; l'une d'elles, qui répondait à cette dernière région, avait occasionné une perforation de 4 millim. de diamètre, après avoir détruit les trois tuniques de l'intestin.

Tout le cœcum ne présentait qu'un vaste ulcère dans sa membrane interne, dont quelques portions, épaissies et indurées, s'étaient cicatrisées. Le colon ascendant et même sa portion horizontale étaient atteints çà et là d'ulcérations rondes, isolées, peu nombreuses. Le muqueuse dans l'S iliaque était blanche, comme ridée, et celle du rectum saine ; les glandes du mésentère étaient tuberculeuses. Les autres organes étaient dans l'état normal.

— Cette observation est encore un exemple à ajouter à tant d'autres de la difficulté qu'on éprouve à reconnaître les péritonites à marche peu aiguë, survenant pendant la durée ou la dernière période des phlegmasies chroniques avec ulcération des intestins, chez des sujets épuisés par ces dernières ou par d'autres maladies. En effet, dans ces cas, l'inflammation de la séreuse péritonéale se développant graduellement par contiguité, lorsque la perforation intestinale survient, ou bien il s'est déjà établi des adhérences qui s'opposent à l'épanchement dans la cavité abdominale, soit des matières fécales, soit des gaz intestinaux, et alors la phlegmasie ne commence pas d'une manière aiguë ou tranchée, mais elle se limite, ne s'accompagne pas de signes propres à la caractériser suffisamment, et reste méconnue la plupart du temps; ou bien les choses se passent différemment, avec plus de soudaineté, la crevasse aux parois intestinales se faisant au delà des adhérences protectrices ou en l'absence de celles-ci, et alors la plegmasie du péritoine, par suite de l'issue plus considérable des liquides ou des gaz stercoraux, se développe immédiatement dans une vaste étendue et s'accompagne aussitôt des signes qui caractérisent sa forme aiguë, bien que ce résultat puisse parfois souffrir des exceptions, comme plusieurs exemples de ce travail semblent le prouver.

Il est présumable que, dans le cas actuel, des adhérences anciennes avaient précédé ou prévenu la rupture de l'intestin, vis à vis des points ulcérés qui menaçaient de se perforer, et que ce ne fut que le 29 août que cet accident eut lieu dans un point voisin et provoqua la péritonite générale dont on constata l'existence à l'ouverture du cadavre ; car ce ne fut qu'à cette époque que le ventre se météorisa, acquit plus de tension, que le facies propre à cette affection morbide devint plus prononcé, la peau pluss èche, la fièvre plus intense, et la malade beaucoup plus mal, bien qu'elle n'accusât pas de douleurs plus vives dans l'abdomen.

Epanchement pleurétique hémorrhagique ancien à gauche; excavations tuberculeuses dans les poumons; bronchite chronique; péritonite récente à la suite de perforations de l'intestin iléon, sans aucun symptôme du côté du ventre; légère arachnitis, surtout à la base; cancer du testicule; mort.

Obs. VII. — Barbier, âgé de 44 ans, fut admis à l'infirmerie le 10 mai 1842. Il était d'une maigreur extrême, toussait et avait de l'oppression. Sa poitrine explorée, je reconnus qu'il existait un épanchement pleurétique ancien du côté gauche. Le traitement fut dirigé en conséquence.

Le 1er juin. Le malade étant toujours dans le même état, la poitrine fut percutée et auscultée de nouveau, et tous les signes d'un épanchement pleurétique à gauche furent constatés.

Barbier allait d'ailleurs régulièrement à la selle, n'avait nulle diarrhée, nulle douleur abdominale, mangeait la demi-ration.

Le 12. Il se manifesta tout à coup, à dix heures du matin, une rougeur assez vive au visage, une agitation extrême dans le reste de la journée, des vomissements, des douleurs dans le ventre, et deux heures avant sa mort, qui eut lieu à trois heures de la nuit, du délire.

Autopsie cadavérique faite 12 heures après le décès.

Etat extérieur. Le corps était très-amaigri. On voyait sur le scrotum, dans un point répondant à la réunion des deux tiers supérieurs du testicule gauche avec l'inférieur, deux petits trajets fistuleux perforant la peau adhérente à l'organe et amincie, aboutissant à un foyer qui contenait une matière puriforme, et qui étaient tapissés par une membrane rougeâtre, d'apparence muqueuse, se continuant le long de la base de l'épididyme.

En incisant le testicule, suivant sa longueur, on le trouva transformé en une substance squirrheuse, en apparence homogène, mais mamelonnée et séparée çà et là par les canaux séminifères encore reconnaissables et criant sous le scalpel. Le volume de cet organe était le double de celui du côté opposé, et sa dureté assez considérable. Le cordon n'était engorgé qu'au sortir de l'épididyme, et encore à une très-faible hauteur.

Crâne. Les téguments offraient postérieurement des sugillations. Les sinus étaient gorgés de sang, de même que les vaisseaux de la dure-mère. Il existait une assez grande quantité de sérosité limpide dans la cavité de l'arachnoïde. Cette dernière, de même que la pie-mère, était rouge, admirablement injectée jusque entre les circonvolutions, surtout à la base du cerveau. La substance blanche de ce dernier était très-sablée; les ventricules renfermaient peu de sérosité; le cervelet était sain.

Thorax. Adhérence du poumon droit aux parois de la poitrine par un tissu cellulaire assez serré, surtout vers son sommet. Traces d'une ancienne caverne cicatrisée. Tubercules miliaires agglomérés en masses dans tout ce lobe.

Les tuyaux bronchiques étaient presque ossifiés ou fibro-cartilagineux, leur muqueuse rouge et recouverte d'un mucus sanguinolent.

La cavité gauche de la poitrine contenait un litre et un quart de sérosité fortement colorée par le sang, rendue trouble par de l'albumine blanche plus ou moins concrète.

Le poumon correspondant, adhérent par son sommet, n'offrait aucune ligne de séparation entre ses lobes. Le supérieur renfermait deux à trois très-petites cavernes presque vides au milieu des masses tuberculeuses miliaires qui l'infiltraient.

La muqueuse bronchique était rouge, hypérémiée, et les glandes, autour de la bifurcation, tuberculeuses.

Adhérence du péricarde au cœur. Traces d'une ancienne péricardite guérie par adhérence.

Cœur dans l'état normal.

Abdomen. Sa cavité pouvait contenir deux litres d'une sérosité jaune, trouble, tenant en suspension une grande quantité d'albumine jaunâtre, puriforme. Toutes les circonvolutions intestinales étaient très-faiblement agglomérées dans leurs points de contact par une couche d'albumine presque molle, peu épaisse, et la portion de péritoine qui les recouvre piquetée très-finement d'un rouge vif, ou enflammée. La surface pariétale et toute celle du foie étaient également tapissées d'une pareille couche d'albumine, s'enlevant avec la plus grande facilité. En soulevant les intestins, on apercevait une portion de grand épiploon qui, passant au-dessous du paquet des grêles, était venue sous la forme d'une longue bride contracter des adhérences au-dessous de l'insertion de l'iléon au cœcum. Au-dessous et en contact avec une ulcération de ce dernier qui l'avait perforé, on découvrit encore deux autres perforations du même intestin, à peu de distance au-dessus, communiquant avec la cavité du péritoine, ayant probablement donné issue à des gaz stercoraux, ou même à des matières liquides, peu de temps avant la mort et occasionné la péritonite observée.

L'estomac et le duodénum étaient sains. Le jéjunum avait ses parois assez épaisses. On y remarquait deux à trois petites ulcérations, à direction transversale, à bords irréguliers, tuméfiés, coupés à pic, à fond d'un rouge-noirâtre, rugueux, formé par le tissu cellulaire sous-musculeux. L'iléon en offrait aussi un certain nombre, seulement dans ses six derniers décimètres; elles étaient tellement étendues qu'elles occupaient la moitié de sa circonférence et même sa totalité. Dans les six derniers centimètres, elles avaient détruit toutes les tuniques, même celle péritonéale dans trois d'entre elles, en sorte qu'il s'y était formé de petites perforations rondes qui avaient donné issue à des gaz ou matières liquides stercorales; leurs bords étaient irréguliers, découpés, épais, leur fond noirâtre formé de détritus ou lambeaux de muqueuse.

Toute la valvule iléo-cœcale avait été détruite par une vaste

ulcération. Les matières contenues étaient d'un jaune-brun et liquides. Le colon était très-contracté, ses parois épaisses, sa membrane interne d'un gris-bleuâtre, à plis multipliés et irréguliers. On y rencontrait çà et là quelques petites ulcérations en voie de cicatrisation et des fèces peu molles.

La rate était très-volumineuse, d'une couleur bleuâtre, fissurée dans son bord antérieur. Son parenchyme, assez ferme, était d'un rouge peu foncé.

Le foie était dans l'état normal.

Le rein droit renfermait, dans sa substance corticale, deux kystes ronds, contenant une sérosité limpide ; le gauche était sain ; la vessie très-contractée et à parois épaisses.

— Dans cette observation, comme dans les précédentes, les perforations survenues à l'iléon donnèrent lieu à une péritonite à marche plus aiguë et plus promptement mortelle, chez un sujet profondément affaibli par des lésions aussi graves que celles d'un épanchement pleurétique avec exhalation sanguine, d'une phthisie pulmonaire et d'un cancer du testicule.

Seulement si, dans ce cas, la phlegmasie fut plus intense, suraiguë et si rapidement funeste, on doit l'attribuer à la multiplicité des perforations de l'iléon qui auront permis aux matières fécales liquides elles-mêmes, ou au moins à des gaz, de s'épancher dans le ventre en plus grande quantité que dans les deux exemples précédents. On remarquera, à l'appui de cette opinion, que la cavité péritonéale contenait beaucoup de sérosité trouble tenant en suspension de l'albumine jaune puriforme, que les circonvolutions intestinales n'étaient que très-faiblement agglutinées dans leurs points de contact par une couche d'albumine très-molle, très-mince, et que le péritoine piqueté d'un rouge vif était recouvert, dans ses portions pariétales, de la même couche albumineuse puriforme, en quelque sorte pelliculaire et très-facile à enlever ; tous caractères anatomiques qui dénotaient une péritonite de courte durée et promptement mortelle.

Si l'on compare avec ces lésions les symptômes qui, pendant la vie, avaient pu indiquer l'époque de développement de cette lésion, on verra qu'ils avaient été des plus tranchés. Ainsi, tandis que pendant toute la durée de la maladie les fonctions du ventre avaient été régulières, l'appétit persistant malgré un épanchement pleurétique, puisque cet homme mangeait la demi-ration, qu'on n'avait jamais noté la moindre douleur abdominale ou diarrhée, Barbier fut pris tout à coup, dix-sept heures avant sa mort, d'agitation extrême avec rougeur vive du visage, de vomissements, de souffrances très-vives dans le ventre, et

enfin de délire deux heures avant d'expirer. On put donc, d'après ces seuls symptômes, pressentir la cause réelle de ces accidents.

L'existence de la longue bride épiploïque qui avait contracté des adhérences avec le cœcum indiquait qu'une phlegmasie tout à fait locale et très-limitée, probablement due au voisinage de nombreuses ulcérations, s'était, bien antérieurement à la mort, développée dans cette partie du péritoine et propagée à la portion d'épiploon en contact. Seulement on doit s'étonner que d'aussi vastes ulcères n'eussent pas occasionné de diarrhée pendant la vie. Mais ce n'est pas la première fois que j'ai eu occasion de noter cette bizarre singularité.

Phthisie tuberculeuse miliaire ; épanchement de sérosité dans le péricarde ; péritonite chronique sans épanchement, avec éruption tuberculeuse; nombreuses ulcérations dans les intestins, avec perforation; mort.

Obs. VIII. — Bridier, détenu, âgé de 21 ans, d'une maigreur squelettique, fut dirigé sur la maison centrale de Rennes, après avoir longtemps séjourné dans les prisons de Vitré. Il fut reçu dans le service médical le 28 juin 1841. Il raconta que depuis longtemps il était souffrant, qu'il avait la diarrhée, que sa maladie avait d'abord commencé par un point de côté à droite, accompagné de toux et d'oppression. A cette époque, il était très-amaigri, sa peau collée aux os et sèche ; il avait un dévoiement habituel et chronique. La concentration des traits vers la ligne médiane indiquait au moins une phlegmasie ulcérative ancienne des intestins, puisque le ventre n'était nullement volumineux et presque insensible à la pression. La langue était un peu rouge et sèche.

L'examen de la poitrine, joint aux commémoratifs, me porta à croire qu'il existait un ancien épanchement du côté droit, mais en voie de résorption. Je diagnostiquai, en outre, une gastro-entérite chronique avec ulcération et des tubercules dans les poumons.

Après quatorze jours de séjour à l'infirmerie, le malade se disant mieux, bien que la diarrhée persistât, demanda et obtint sa sortie le 12 juillet; mais il ne tarda pas à revenir. En effet, il rentra le 29, dans le même état, si ce n'est que le dévoiement était plus fréquent et l'amaigrissement plus considérable. (Régime particulier, larges cataplasmes sur le ventre, eau de riz, 5 centigr. d'extrait aqueux d'opium en pilules.)

Le 3 août. Il survint à la marge de l'anus un phlegmon qui fut ouvert et guérit au bout de dix-sept jours.

A cette époque, la maigreur était effrayante ; le visage conservait le facies caractéristique des phlegmasies chroniques du ventre. Ce dernier n'était nullement tendu, mais douloureux à la moindre pression ; la diarrhée était la même, la peau chaude et sèche, la langue rouge, l'appétit nul, la toux peu fréquente. (Régime particulier, pruneaux, infusion de capillaire.)

Le 29. Bridier ne pouvait plus rien prendre. Il était affaissé, restait couché sur le dos dans une prostration extrême. La mort semblait très-prochaine ; elle eut lieu en effet le surlendemain, à onze heures du soir. Ce malheureux s'éteignit sans souffrir et sans le moindre trouble dans ses facultés intellectuelles.

Autopsie cadavérique faite 17 heures après la mort.

Habitude extérieure. Le corps était très-amaigri ; le ventre nullement volumineux. Le côté droit de la poitrine rendait un son mat dans sa moitié inférieure.

Thorax. 40 grammes environ de sérosité dans le côté droit. Poumon farci de tubercules miliaires, bien que généralement crépitant. Point de sérosité à gauche. Le poumon de ce côté était emphysémateux et infiltré comme l'autre de tubercules miliaires. Engouement sanguin dans le lobe inférieur. Le sang contenu dans les vaisseaux était très-liquide et laissait voir à sa surface un grand nombre de bulles d'air.

Le péricarde contenait au moins 90 grammes de sérosité. Le cœur était d'un petit volume. Les vaisseaux coronaires renfermaient du sang liquide, mêlé de bulles d'air ; ses cavités droites, surtout l'oreillette, étaient remplies en partie par une concrétion albumino-fibrineuse d'un blanc-jaunâtre.

Abdomen. Point de sérosité ; mais on rencontrait à gauche et au-dessous du nombril une adhérence entre la paroi antérieure du ventre et deux circonvolutions d'un intestin, laquelle s'était établie autour de perforations de celui-ci dues à des ulcérations dont les bords étaient irréguliers, renversés et découpés.

Toute la masse intestinale était agglomérée par de fausses membranes anciennes, et en enlevant la paroi abdominale antérieure, on déchirait des milliers de fils celluleux secs, rouges, très-fins. (Ancienne péritonite.) Toute la surface du péritoine pariétal, celle de la portion viscérale et intestinale, étaient couvertes de tubercules de forme ronde ou ovale, de grandeur variable, depuis celle d'une canule jusqu'à celle d'un grain de chènevis, d'un blanc éclatant qui se détachait vivement sur la couleur rouge de la séreuse, et formant des saillies d'épaisseur

variable. Cette éruption tuberculeuse ou cartilaginiforme s'était également effectuée au-dessous de la membrane muqueuse des intestins, qu'elle avait détruite lors de sa période de ramollissement.

Il était très-difficile de découvrir les divers viscères, à cause des adhérences générales et de l'agglutination de toute la masse intestinale. Néanmoins, après avoir dégagé l'estomac et l'avoir ouvert, on reconnut que sa face interne était tapissée de mucosités rougeâtres très-visqueuses et très-adhérentes, et présentait une multitude de replis losangiques irréguliers de la muqueuse, qui était tuméfiée, ramollie, piquetée d'un rouge vif au-dessus de sa petite courbure et dans tout le grand cul-de-sac. Dans ce dernier point et en avant, on remarquait une ulcération de la largeur d'un centimètre, trouée, à sa circonférence, de quatre petits ulcères plus profonds, et, au centre, d'un plus grand, qui avait perforé toute l'épaisseur des tuniques; en sorte que, dans cette partie, l'estomac avait contracté des adhérences intimes et courtes avec les viscères voisins.

Le duodénum était sain. Le jéjunum et l'iléon étaient si confusément et si étroitement adhérents l'un à l'autre, qu'il était impossible de les séparer et de les déployer. Tout ce qu'on pouvait constater, c'est que, dans une multitude de points de contact, ils étaient troués par des ulcérations profondes qui faisaient communiquer ensemble des circonvolutions appartenant à des intestins différents. Leurs bords étaient rougeâtres, tomenteux, renversés; on reconnaissait, dans le pourtour de quelques-uns, des portions de matière tuberculeuse, ramollie, assez volumineuses, qu'on retrouvait ailleurs, ayant envahi toute l'épaisseur des tuniques des intestins, et formant dans leur intérieur des saillies de près d'un centimètre.

Les gros intestins étaient également criblés d'ulcérations, mais moins nombreuses. Ils renfermaient des matières fécales liquides; leurs adhérences étaient aussi intimes, soit avec les grêles, soit avec les parois abdominales ou la vessie.

La rate, qu'on eut beaucoup de peine à dégager, présentait son parenchyme rougeâtre et assez ferme.

Le foie, intimement adhérent par ses faces aux portions de péritoine en rapport avec elles, offrait un tissu d'un rouge assez intense qui rappelait celui de certaines rates hypertrophiées; la vésicule était très-petite et occupée par une très-faible quantité d'une bile d'un jaune foncé et très-visqueuse.

Les reins étaient dans l'état normal, leurs deux substances peu distinctes et congestionnées légèrement.

La vessie, dont les parois étaient un peu hypertrophiées, était si petite, que sa cavité aurait tout au plus logé une noix avec son trou. Elle ne renfermait que quelques gouttes d'urine trouble.

— Dans cette observation, les lésions trouvées à l'ouverture du cadavre traduisent deux résultats morbides bien tranchés et bien différents, dus à la même lésion intestinale, c'est-à-dire à ses perforations. En effet, si l'on remonte au commémoratif, tout porte à croire que la maladie si grave dont Bridier avait été atteint dans les prisons de Vitré, à laquelle il me dit avoir failli succomber, et qui fut suivie d'une diarrhée chronique, fut une péritonite générale due à une ou plusieurs perforations intestinales (ce que démontra l'agglomération générale des intestins en une masse par des pseudo-membranes parfaitement organisées et anciennes), laquelle avait guéri par adhérences et eût été mortelle sans la jeunesse du malade, qui lui en avait fait surmonter les dangers; tandis que l'adhérence qui s'était établie à gauche et au-dessous du nombril, entre la paroi antérieure du ventre et les perforations de deux circonvolutions intestinales occasionnées par des ulcères à bords renversés, découpés, irréguliers, de même que les ulcérations profondes qui avaient fait communiquer ensemble des circonvolutions en contact, mais appartenant à des intestins différents, et enfin celle de la partie antérieure du grand cul-de-sac de l'estomac, qui avait perforé toute l'épaisseur de ses tuniques, et dont la circonférence avait contracté des adhérences étroites avec les viscères voisins, avaient dû survenir postérieurement à la péritonite générale à laquelle le sujet avait résisté. Eh bien! tout ce travail secondaire d'inflammations partielles ne s'était traduit pendant la vie que par des douleurs abdominales à la moindre pression, sans que le ventre eût été aucunement météorisé, et par le facies propre à la péritonite. Mais on sait combien ces deux signes sont incertains. Si l'on considère surtout qu'il y avait en même temps une diarrhée chronique que rien n'avait pu diminuer et coexistence de tous les symptômes d'une gastrite aiguë, on conviendra qu'on devait être bien plus porté à les regarder comme l'expression d'une gastro-entérite chronique, ou d'une péritonite latente ou ancienne, que de toute autre lésion intestinale.

Cette observation établit donc en quelque sorte une espèce de transition ou de fusion entre la péritonite générale et celle partielle, comme effets variables des perforations intestinales, et est un exemple curieux de la coexistence d'un spécimen bien tranché de chacune d'elles. Elle prouve encore les ressources admi-

rables et les efforts conservateurs de la nature pour prévenir les dangers attachés à l'épanchement inévitable des liquides incessamment ingérés dans l'appareil digestif, lorsqu'elle organise au pourtour d'un point menacé des adhérences qui deviennent le moyen de salut, dans le cas où l'ulcération, continuant à faire des progrès, vient enfin à perforer l'organe ; de même qu'elle cimente les mêmes adhérences d'une manière encore plus forte dans les points où la matière tuberculeuse ramollie, ayant détruit largement la substance pulmonaire pour y creuser de vastes cavernes, aurait fini par perforer la couche si mince du tissu organique ou la seule enveloppe pleurale qui en forme en quelque sorte la coque, et donner lieu à un épanchement très-dangereux, ou le plus souvent mortel, de matière tuberculeuse ramollie ou d'air dans la cavité de la plèvre. (*La suite à un prochain numéro.*)

---

4. *Nouvelles recherches sur les bruits des artères, et application de ces recherches à l'étude de plusieurs maladies ;* par le docteur J. H. S. Beau, médecin des hôpitaux et agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

(Suite : *voir* t. 158, octobre 1845, p. 48.)

(Archives générales de Médecine, septembre 1845.)

J'ai déjà spécifié d'une manière particulière que pour observer ces résultats il faut que la veine soit précisément interposée entre la carotide et le stéthoscope. En effet, on comprend que si la veine n'occupait pas exactement cette place vis à vis de l'endroit où le stéthoscope est appliqué, les différences de réplétion de la jugulaire ne pourraient avoir aucune influence sur la manifestation des bruits. J'insiste à dessein sur les conséquences de ces variations de rapports entre la veine et l'artère, pour montrer encore une fois (et ce n'est pas la dernière) que beaucoup de différences individuelles, regardées comme singulières dans l'auscultation des bruits artériels, tiennent tout simplement à des différences d'organisation ou de rapports anatomiques.

Telles sont les différentes circonstances qui influent sur la manifestation des bruits carotidiens en rendant plus ou moins superficielle la position des carotides. Il nous reste maintenant à en étudier d'autres qui modifient les bruits artériels sans apporter des changements dans les rapports anatomiques des troncs artériels.

M. le professeur Bouillaud, qui a tant fait pour la partie descriptive des bruits artériels, a observé, après Laënnec, que lorsqu'un individu affecté de bruits artériels se livre à un exercice

musculaire notable, les bruits subissent une augmentation d'intensité, et souvent dès lors un changement de forme : c'est ainsi qu'un simple bruit de *souffle* passe en se renforçant à l'état de *bruit de diable* ou *de rouet*, etc., etc. Mais en même temps que les bruits éprouvent ce changement, il y a à observer un fait connu depuis longtemps, mais dont la coïncidence extrêmement importante n'a pas été signalée avec le renforcement des bruits : c'est que les pulsations artérielles deviennent plus marquées et plus pleines, non pas seulement les pulsations des carotides, mais encore celles des radiales et de toutes les autres artères. L'exercice musculaire agit donc tout à la fois en renforçant les bruits artériels et en augmentant le volume des pulsations artérielles : c'est tout ce que nous en voulons conclure pour le moment.

Ce qui prouve que cette conclusion est parfaitement légitime, et qu'il y a un rapport direct entre le développement passager du pouls et l'augmentation momentanée des bruits, c'est que la coïncidence est également vraie dans l'état opposé des bruits et des pulsations. Je veux dire que plus le pouls diminue de volume, plus aussi les bruits diminuent d'intensité. Voici l'expérience qui démontre le mieux la réalité de cette coïncidence. On applique la grande ventouse de M. Junod au membre inférieur de la personne qui présente des bruits carotidiens ; puis l'on note l'état des bruits et du pouls. A mesure que les pulsations carotidiennes, radiales, etc., diminuent de plénitude par suite de l'attraction du sang dans le membre ventousé, on remarque une diminution proportionnelle dans l'intensité des bruits et un changement dans leur forme ou leur rhythme. Ainsi des bruits de *rouet* ou de *diable* très-ronflants descendent à l'état de *souffle*, puis quelquefois à celui de bruit *sibilant*, etc.; les bruits *continus* deviennent *intermittents*, etc.; enfin, il arrive un moment où le pouls éprouve un tel degré de réduction, que les bruits carotidiens sont complètement suspendus. Quand ensuite la ventouse est enlevée, on observe que les bruits et les pulsations reviennent à leur état primitif ; toutefois cette réapparition des bruits se fait plus lentement que leur disparition, en raison de ce que le sang met plus de lenteur à rentrer dans ses vaisseaux qu'il n'en avait mis à les quitter.

Ce résultat d'une expérimentation qu'il est si facile de répéter entraîne nécessairement avec lui cette conséquence : c'est que les bruits artériels diminueront ou disparaîtront même chaque fois que le pouls lui-même diminuera, de quelque cause que dépende sa diminution. C'est effectivement ce que j'ai observé. Trois malades qui présentaient des bruits artériels intenses furent pris

d'une hémorrhagie considérable qui affaissa beaucoup le volume du pouls. Tant que le sang ne fut pas réparé et que le pouls resta petit, les bruits artériels furent nuls chez deux malades et à peine appréciables chez le troisième. Deux femmes âgées et cachectiques, chez lesquelles les artères carotides étaient le siége de bruits intenses, furent affectées, à quelque distance l'une de l'autre, d'une diarrhée cholériforme très-abondante qui amena une chute rapide des forces et du pouls; en même temps les bruits disparurent chez l'une et l'autre. Quand une chlorotique éprouve une lipothymie, c'est-à-dire une demi-syncope, dans laquelle le pouls est encore conservé, mais petit, on note infailliblement une diminution ou une disparition des bruits. Ces faits pourront paraître paradoxaux à beaucoup de personnes; mais qu'on veuille bien les examiner sans prévention, et l'on verra qu'ils sont éminemment vrais.

Enfin, pour ne rien omettre de tout ce qui peut modifier les bruits artériels, je dois parler de ces circonstances indéterminées, et comme mystérieuses, qui font qu'un bruit se suspend ou change d'un moment à l'autre, sans qu'on en sache la raison. Je crois que la cause de ces changements, qui ont été notés par M. Bouillaud et Laënnec, rentre, suivant les cas et les individus, dans l'une ou l'autre des circonstances que nous avons précisées plus haut; du moins j'ai pu toujours les interpréter ainsi. Quelquefois c'est une femme chlorotique et hystérique sur laquelle vous êtes étonné de ne pas rencontrer un bruit que vous aviez constaté peu auparavant; mais cette femme est en proie à une attaque modérée d'hystérie, pendant laquelle il se produit des efforts qui suspendent les bruits en gonflant les jugulaires. D'autres fois la personne que vous examinez subit une contrariété ou une émotion profonde, quoique momentanée, dont elle ne vous dit rien; le cœur se contracte incomplètement, les pulsations artérielles sont à peine marquées, et d'après ce que nous avons vu dans l'expérience faite avec la ventouse Junod, les bruits doivent diminuer dans la même proportion que le pouls. Ce sera d'autres fois un état de lipothymie auquel vous ne prenez pas garde, et qui en affaissant le pouls produira le même résultat, etc., etc. Cela dit, passons maintenant à la partie purement théorique des bruits artériels.

II. *Partie théorique.*—Il ne faut pas confondre, sous le rapport théorique, les bruits artériels *normaux* avec les bruits artériels *anormaux*. Les bruits *normaux*, avons-nous dit, apportent à l'oreille la sensation d'un choc. Or, comme le choc ne peut provenir ici que du déplacement de la paroi artérielle par l'ondée qui

est lancée du cœur, il s'ensuit que, chaque fois que ce déplacement de la paroi artérielle sera tout à la fois brusque, ample et énergique, il y aura production d'un bruit de choc, c'est-à-dire d'un bruit normal. Nous indiquerons en leur lieu les différentes maladies dans lesquelles il y a un bruit normal considérable. Nous verrons que ce bruit se rencontre souvent avec les bruits anormaux.

Si on est généralement d'accord sur le mode de production des bruits normaux artériels, il n'en est plus de même sur celui des bruits *anormaux*. On reconnaît bien que ces bruits ne tiennent plus à un choc et qu'ils dépendent d'un frottement; mais quelles sont les conditions dans lesquelles il faut que soient les artères ou le sang qui les traverse pour donner lieu au frottement qui produit les bruits anormaux? Telle est la question en litige, que nous allons examiner.

Laënnec, qui a le premier fait connaître ces bruits, et qu'il faut toujours citer quand il s'agit d'un fait d'auscultation, les expliquait par le spasme des artères. Il ne précisait pas autrement leur cause immédiate, et il s'en tenait tout simplement à cette interprétation physiologique. Mais les observateurs qui l'ont suivi dans l'étude de l'auscultation, et notamment M. Bouillaud, ne s'en sont pas contentés. Ils ont montré avec beaucoup de raison que les bruits artériels étant un résultat physique de la même nature que les autres bruits du cœur ou de la respiration, il fallait, comme pour ces derniers bruits, en chercher le mode de production immédiat dans un ordre de causes purement physiques. Telle est effectivement la voie dans laquelle se sont engagés les différents médecins qui, depuis Laënnec, se sont livrés à cette étude.

Pour mettre plus d'ordre et de clarté dans l'exposition qui va suivre, nous traiterons d'abord des bruits artériels locaux, et nous arriverons ensuite aux bruits généraux. Nous ne cachons pas que cette division est toute artificielle, car nous verrons que le mode de production des uns et des autres dépend d'une condition unique. Mais comme les bruits liés aux affections locales des artères sont pour ainsi dire plus accessibles aux sens et plus physiquement concevables que les bruits qui dépendent d'une affection générale du système circulatoire, nous croyons tout naturel de commencer par eux l'étude que nous allons entreprendre et de procéder ainsi du simple au composé.

Les affections locales du système artériel qui donnent lieu aux bruits sont : les *rétrécissements organiques des artères*, leurs *com-*

pressions, la *tumeur anévrysmale*, les *tumeurs érectiles*, la *varice anévrysmale*.

1° Le mécanisme de la production des bruits artériels dans les cas où un tube artériel est rétréci par un épaississement de la paroi, une incrustation osseuse, etc., est des plus simples à concevoir. Le bruit est produit alors parce que l'ondée sanguine, forcée de traverser un espace trop étroit pour elle, exerce contre les rebords du point rétréci un frottement exagéré d'où résultent tout à la fois un bruit anormal et une vibration que l'on peut sentir avec le doigt. Comme on le voit, le mode de production des bruits artériels dans les cas de rétrécissements des artères est tout à fait identique à celui des bruits du cœur dans les rétrécissements des orifices cardiaques.

Si le rétrécissement, au lieu d'occuper un point limité, est pour ainsi dire étendu en surface, comme dans les cas d'incrustations ou d'inégalités osseuses des artères, il y aura encore dans ce cas un bruit et une vibration tactile de la paroi.

2° Les compressions des artères par une tumeur, et même par le stéthoscope, produisent les bruits par le même mécanisme que les rétrécissements dont nous venons de parler. Car il y a encore ici un obstacle à franchir; et l'ondée sanguine, qui est trop volumineuse pour l'espace étroit que lui laisse la compression de l'artère, produit un frottement exagéré d'où résultent un bruit et une vibration tactile.

3° Les tumeurs anévrysmales des artères, qui sont si souvent le siége de bruits et de vibrations cataires, rentrent, pour le mécanisme des bruits qu'elles produisent, dans l'un ou l'autre des cas précédents. Ainsi, quelquefois l'ondée sanguine éprouvera à son passage dans la tumeur des obstacles de nature différente. Quelquefois ces obstacles dépendront d'un caillot organisé, d'autres fois ils proviendront d'une compression du tube artériel par la tumeur elle-même.

Les tumeurs anévrysmales présentent encore un autre obstacle à la progression du sang, sur lequel on n'a pas jusqu'à présent appelé l'attention, bien qu'il joue un rôle des plus importants dans la production des bruits. Cet obstacle, que rencontre l'ondée sanguine quand elle pénètre dans la tumeur, est le sang lui-même que renferme habituellement la cavité de l'anévrysme. En effet, les parois du sac anévrysmal sont dépourvues de cette membrane *moyenne* ou *propre* qui dans les artères est l'organe avec lequel elles réagissent sur le sang qui leur est envoyé, de manière que, ce mouvement de systole étant opéré, elle soient toujours prêtes à admettre une nouvelle quantité de sang. Si donc

l'artère anévrysmatique est privée d'une membrane aussi importante, il s'ensuit que le sang qui la pénètre reste dans l'intérieur de sa cavité, puisque rien dans l'organisation de la tumeur ne le force de cheminer du côté des capillaires. Il suit de là que la tumeur est toujours pleine de sang, et que, comme je le disais précédemment, ce sang, qui est là en permanence, apporte un obstacle réel à la pénétration de chaque ondée venant du cœur. Il y a par conséquent ici une somme totale de sang trop considérable par rapport à la capacité de l'anévrysme : de là un frottement exagéré qui donne lieu au bruit et au frémissement cataires.

4° Les tumeurs sanguines artérielles sont ordinairement le siége d'un bruit anormal très-marqué, accompagné de frémissement. On sait que la dissection nous montre ces tumeurs comme composées d'artères considérablement dilatées, à parois très-minces et flasques, s'entrelaçant et se contournant en mille replis tortueux, et remplies d'un sang coagulé. Si donc les parois artérielles qui entrent dans la composition de ces tumeurs sont ainsi minces et flasques, il est évident qu'elles doivent cette altération à une absence complète ou incomplète de la membrane moyenne. Dès lors ces artères sont incapables de se contracter sur le sang qu'elles reçoivent ; aussi les trouve-t-on très-dilatées et remplies de caillots sanguins. Ces sortes de tumeurs nous présentent par conséquent la même condition que celle qui dans les anévrysmes artériels donne lieu au bruit et au frémissement, à savoir, un vaisseau déjà plein de sang, qui en reçoit encore une nouvelle quantité à chaque pulsation du cœur. La distension du vaisseau est donc portée à son maximum chaque fois qu'il y arrive une nouvelle ondée, et il en résulte un frottement exagéré, cause tout à la fois du bruit et du frémissement.

M. Corrigan, qui le premier a cherché à se rendre compte de la production du bruit de soufflet dans les tumeurs sanguines, croyait en trouver la raison dans l'état de flaccidité des parois artérielles, et il voyait dans cet état de flaccidité une condition nécessaire à la manifestation des vibrations qui produisent les bruits. Je crois, contre l'opinion de cet observateur distingué, que les bruits ne dépendent pas d'une vibration due à la flaccidité, mais uniquement de ce que l'état de relâchement et d'amincissement des parois artérielles prive ces parois d'une réaction suffisante pour faire cheminer le sang du côté des capillaires, et permet dès lors dans ces vaisseaux une accumulation de sang qui est renforcée à l'arrivée de chaque nouvelle ondée.

M. de Laharpe (*loc. cit.*) rejette l'explication de M. Corrigan,

et en propose une autre qui ne me paraît pas plus admissible. Il pense que le bruit ne tient pas ici à une altération particulière des vaisseaux où il se produit, mais qu'il résulte seulement de la multiplicité des vaisseaux qui constituent la tumeur. Il suppose que tout vaisseau en fonction normale de circulation donne un bruit, mais que ce bruit est infiniment faible quand le vaisseau est unique. Si, au contraire, il y a réunion d'un grand nombre de vaisseaux sur le même point, on entendra alors très-facilement une somme de bruits qui, considérés isolément, n'eussent pas été assez forts pour pouvoir être perçus. — Nous ne nierons certainement pas que le nombre des vaisseaux qui entrent dans la composition des tumeurs sanguines n'influe puissamment sur l'intensité du bruit; mais nous nierons qu'il n'y ait pas d'autre cause de bruits dans l'existence de ces tumeurs. Nous nierons surtout cette supposition de M. de Laharpe, que tout vaisseau, même à l'état normal, donne un bruit. Si cela était, le tronc de l'aorte devrait toujours en produire de perceptibles, car le mouvement qui se passe dans ce gros tronc artériel résume bien à lui seul la somme de mouvements partiels qui se produiraient dans un groupe équivalent de vaisseaux de très-petit calibre.

5° La varice anévrysmale donne lieu à un bruit et à un frémissement qui existent non-seulement sur l'ouverture de communication entre la veine et l'artère, mais qui se prolongent encore tout le long de la veine : c'est au reste ce qu'il est facile de constater quand la varice anévrysmale se trouve placée sur un membre et qu'elle est superficielle. Le bruit et le frémissement rentrent encore ici, pour le mode de production, dans celui des deux cas précédents. La veine, par suite de son organisation normale, est dépourvue d'une membrane à l'aide de laquelle elle puisse réagir sur le sang artériel qu'elle reçoit ; il y a donc, à chaque ondée nouvelle, distension de la paroi veineuse par suite de la réplétion extrême à laquelle elle est soumise, et il résulte de cette quantité surabondante de sang un frottement exagéré qui se traduit par un bruit et un frémissement cataires. Si maintenant le bruit et le frémissement sont plus forts sur l'ouverture de communication que sur la continuité de la veine, cela tient à ce que l'ondée, qui pénètre violemment de l'artère dans la veine et qui va se briser contre le sang contenu dans ce dernier vaisseau, perd de sa force d'impulsion à mesure qu'elle pénètre dans la veine et à mesure qu'elle s'épuise pour ainsi dire sur l'obstacle que lui apporte le sang contenu déjà dans le tronc veineux.

Il y a, comme nous l'avons déjà dit, dans la production du bruit dû à la varice anévrysmale, une circonstance intéressante,

signalée par M. Thurnam, sur laquelle nous devons maintenant nous arrêter : c'est que le bruit, qui s'entend surtout à chaque contraction du cœur, peut néanmoins se prolonger d'une manière continue. A quoi tient cette particularité ? M. Thurnam va nous l'apprendre. « Pendant la systole du cœur, dit l'observateur anglais, le courant qui traverse l'orifice est plus fort, et il en résulte un bruit plus intense. Pendant la diastole, en raison de la réaction élastique des artères sur le sang contenu dans leur intérieur, un courant moins fort est chassé à travers l'ouverture, et à ce moment un murmure un peu plus faible est perçu. Cette réaction des artères existe cependant non-seulement durant la systole cardiaque, mais aussi durant l'intervalle qui sépare les battements complets du cœur, et jusqu'à ce qu'elle soit remplacée par la systole suivante du ventricule ; aussi, quoique le courant soit plus fort au commencement de cette réaction et qu'il soit synchronique à la diastole artérielle, néanmoins il se continue aussi pendant le temps du grand silence. De là, le murmure est continu, et il existe, bien qu'à un degré beaucoup moins marqué, pendant l'intervalle qui sépare la diastole de la systole suivante. » (*Loc. cit.*, p. 223.)

M. Thurnam décrit seulement pour l'anévrysme variqueux cette double action du cœur et du tronc aortique, qui réagissent sur le sang, le premier par contraction, le second par élasticité, et qui donnent deux impulsions successives à l'ondée sanguine. Mais nous verrons qu'elle doit être invoquée fréquemment dans l'histoire des bruits anormaux, comme cause des rhythmes *intermittent double*, *continu simple* et *continu avec redoublement*. Et pour achever ce qui concerne les bruits liés aux affections locales, comment se rendre compte du double bruit anormal dans certains cas de tumeur anévrysmale, si ce n'est par l'action successive du ventricule gauche et la réaction élastique du tronc voisin de la tumeur.

Cette réaction élastique des parois artérielles qui vient s'ajouter à l'action contractile du cœur pour chasser le sang d'une manière continue, n'agit suffisamment que lorsque la paroi artérielle est tout à la fois épaisse et forte, comme celle du tronc aortique. C'est pour cela que quand les varices anévrysmales siégent sur les membres, l'artère n'est plus assez forte ni ne contient assez de sang pour lancer dans la veine une ondée consécutive à l'ondée du cœur. Aussi, dans ces varices anévrysmales externes, le bruit peut être intermittent simple, et l'on n'observe plus nécessairement un bruit continu comme celui que M. Thur-

nam a rencontré dans les cas où la veine anévrysmatique communiquait avec le tronc aortique.

Si nous résumons les conditions qui donnent lieu aux bruits des différentes affections locales que nous avons passées en revue, nous voyons que tantôt le bruit est produit parce que le calibre du vaisseau a éprouvé une diminution dans ses diamètres, telle que l'ondée sanguine ne peut pas le traverser sans produire un frottement exagéré qui est la cause du bruit (rétrécissement des artères, compression par une tumeur, etc.). D'autres fois, le calibre du vaisseau n'a pas diminué, mais la quantité relative du sang a augmenté par suite d'un défaut de rétraction de la paroi vasculaire, et il en résulte encore un frottement exagéré qui produit les bruits (tumeur sanguine, varice anévrysmale). Nous trouvons par conséquent dans ces deux catégories de faits un principe général qui est la condition première de la production des bruits et du frémissement : c'est un défaut de proportion entre l'ondée sanguine et le calibre du vaisseau artériel.— Passons maintenant au mode de production des bruits dans les affections générales.

M. de Laharpe, que nous avons déjà cité et que nous citerons encore, parce que son travail a été accueilli avec une certaine considération, M. de Laharpe, dis-je, est un de ceux qui ont le plus cherché à trouver la raison physique de la production des bruits artériels dans les cas d'affection générale du système circulatoire.

Les deux conditions qui, d'après M. de Laharpe, paraissent immédiatement nécessaires à la production des bruits artériels sont le peu de densité du liquide sanguin et la vitesse de son courant. Là-dessus nous allons laisser parler M. de Laharpe lui-même pour l'entendre expliquer l'action de ces deux causes : « Lorsque la résistance que le cœur doit surmonter pour mettre le sang en mouvement est au contraire beaucoup au-dessous de la tension normale, un état de choses tout opposé au précédeut (1) se manifeste. La masse du sang ayant diminué par une raison quelconque, les parois des vaisseaux relâchés ne l'embrassent plus que lâchement. Une contraction modérée du cœur suffit pour projeter au loin une ondée sanguine légère qui rencontre peu d'obstacle sur son passage. Le pouls alors est vif, dépressible, vide dans l'intervalle des pulsations; le choc de l'ondée est brusque, mais il semble constituer toute l'ondée : celle-ci disparaît sans laisser au

(1) M de Laharpe vient de dire précédemment, dans un paragraphe qui est trop long pour être rapporté, que lorsque les artères sont tendues par un sang surabondant, il ne peut pas y avoir de bruits.

doigt le temps d'apprécier sa longueur. Alors aussi le corps s'agite et palpite pour la moindre cause; son choc est vif, violent même... Le pouls paraît alors à l'observateur superficiel, plein et fort, tandis qu'il n'a réellement que de la vivacité sans plénitude. Tel est le pouls de beaucoup de chloroses, des anémies, des hypochondriaques, etc. Dans tous ces cas, le sang est plus fluide que dans l'état naturel : il est rare aussi qu'il n'y ait pas bruit de soufflet, au moins dans les carotides. » (Page 45.)

Donc il s'ensuit que, si chez un chlorotique on voulait renforcer l'intensité des bruits, il faudrait faire en sorte que, *la masse du sang ayant diminué par une raison quelconque, les parois des vaisseaux relâchés ne l'embrassent plus que lâchement; une contraction modérée du cœur suffirait pour projeter au loin une ondée sanguine légère qui rencontre peu d'obstacles sur son passage*, etc., etc... Or, l'on possède un moyen aussi infaillible que peu dangereux de produire à volonté un tel état de chose : c'est l'application de la grande ventouse du docteur Junod. Mais, bien loin d'observer alors une augmentation des bruits carotidiens, on remarque, comme nous savons, que leur intensité diminue à mesure que le sang s'accumule sous la ventouse, et enfin ils finissent par disparaître complètement quand les artères sont suffisamment relâchées, sans néanmoins que la circulation ait cessé pour cela. Quand ensuite le sang rentre entièrement dans ses vaisseaux, quand les parois artérielles sont de moins en moins relâchées, les bruits reparaissent et reviennent à leur premier état d'intensité.

Forcé d'opter entre la théorie de M. de Laharpe et les conclusions immédiates de l'application de la grande ventouse, nous n'hésiterons pas à rejeter la susdite théorie, et à soutenir, au contraire, que les bruits croissent en raison de la tension des parois artérielles. Mais ce qu'il y a de bien singulier, c'est que cette proposition, qui, jusqu'à présent, domine tout notre travail, pourrait au besoin se justifier par l'expérience de M. de Laharpe lui-même. En effet, par suite d'une contradiction des plus singulières, M. de Laharpe nous assure positivement que le bruit de souffle croît avec la tension des artères; et, ce qui est important à savoir, il ne présente pas cela comme une induction théorique, mais bien comme un fait de pure observation. « Lorsque M. Corrigan, dit M. de Laharpe, prétend que le bruit de soufflet disparaît dès que les parois de l'artère sont assez distendues pour que le jet du sang se fasse en masse, je cesse d'être de son avis; *j'ai entendu et distinctement entendu le contraire à plusieurs reprises.* Le bruit de soufflet des artères ne diminue pas

avec la tension de l'artère ou l'augmentation de force de l'ondée ; *il augmente.* » (P. 42.)

M. de Laharpe place l'origine des bruits dans le liquide sanguin, qui, d'après lui, serait le siége d'oscillations sonores. Il est exclusif dans cette manière de voir, et il ne veut nullement que le bruit dépende du frottement du sang contre la paroi artérielle. Il est vrai que ce frottement, qui est admis par M. Bouillaud et par d'autres observateurs, est pour ainsi dire démontré par le frémissement cataire qui accompagne toujours les bruits quand ils sont très-intenses. Mais M. de Laharpe, dans le but non avoué de détruire cet argument, a pris soin de faire, sur les artères d'un cadavre, des injections au moyen desquelles il a pu obtenir des bruits sans jamais noter le frémissement cataire de la paroi artérielle. Eh bien! que faut-il penser des expériences de M. de Laharpe, qui nous apprennent que le frémissement n'accompagne jamais les bruits, tandis que la nature nous présente toujours les bruits intenses accompagnés de frémissement? et comment peut-on accepter des résultats expérimentaux qui ne nous reproduisent plus les faits pathologiques, et qui ne sont plus dès lors qu'un vain artifice d'expérimentation.

M. Vernois, qui a fait une thèse estimée sur la statistique des personnes affectées de bruits artériels, a produit aussi une théorie de ces bruits. Il pense qu'ils résultent du frottement du sang contre les plis qui se forment aux parois des artères, quand le sang a subi une diminution de sa masse. On a déjà contesté à M. Vernois l'existence de ces plis que jamais personne n'a pu voir ; mais je lui opposerai en sus le fait de la ventouse Junod, par suite de laquelle la masse du sang diminue assez pour qu'il puisse se former des plis, et pour que dès lors, selon M. Vernois, les bruits artériels puissent se faire entendre. Or, quand on fait l'application de cette ventouse, bien loin de produire des bruits, on fait disparaître ceux qui existaient, et leur disparition persiste tant que dure la réduction des vaisseaux et de la masse sanguine en circulation.

Le même fait me paraît d'une grande importance pour apprécier le résultat des dernières recherches de MM. les professeurs Andral et Gavarret sur la coïncidence des bruits et de l'altération du sang qui paraît les provoquer. Comme l'on sait, ces observateurs font dépendre les bruits des artères de la diminution des globules. Ainsi, lorsque les globules ont assez diminué pour être, sur 1,000 parties de sang, au-dessous du chiffre 80, le bruit artériel existe d'une manière constante, et cela sans aucune exception ; de 80 à 100, on entend encore assez souvent les

bruits ; mais on ne les observe plus, en tant que liés à une altération du sang, lorsque le chiffre des globules s'est élevé au-dessus de la normale physiologique, qui est 127.

Il y a certainement entre le nombre relatif des globules sanguins et les bruits artériels un rapport de coïncidence qu'on doit reconnaître comme vrai d'une manière générale ; mais les bruits dépendent-ils de l'état du sang lui-même, ou bien dépendent-ils plutôt d'une disposition inconnue du système artériel, qui accompagne le plus ordinairement la diminution des globules dans les proportions observées par MM. Andral et Gavarret? Telles sont les deux questions qu'on peut se poser à ce sujet ; et j'ajouterai que c'est la seconde de ces deux questions qui doit être résolue par l'affirmative. En effet, si les bruits dépendaient seulement et immédiatement de la diminution des globules, les bruits devraient toujours coexister avec un sang pauvre en globules ; et dès lors on pourrait réduire le volume du pouls chez une chlorotique à qui on appliquerait la grande ventouse, sans pour cela faire diminuer et disparaître les bruits, puisque par cette manœuvre on ne changerait en rien la composition du sang. Or, si on veut bien répéter les expériences que j'ai faites si souvent, on verra que toujours, et quel que soit l'état du sang, on fait tomber les bruits en réduisant le volume du pouls. Enfin, si les bruits étaient toujours liés d'une manière *essentielle* à un appauvrissement des globules, on ne devrait jamais entendre ce bruit quand la proportion des globules est à l'état normal. Et cependant, dans le travail récent de MM. Becquerel et Rodier, on trouve deux observations recueillies sur deux jeunes filles qui avaient un *bruit de diable modèle* dans les carotides, et chez lesquelles le sang était tout à fait normal pour sa composition.

En présence de pareils faits, il est impossible de rattacher immédiatement les bruits à la diminution des globules. Il faut chercher par conséquent une autre disposition du système artériel, qui en rende raison sans aucune exception et pour tous les cas ; et ensuite il s'agira de montrer les rapports qui unissent si fréquemment la cause immédiate des bruits à la diminution des globules, et de concilier par conséquent les précieux résultats de MM. Andral et Gavarret avec mes recherches propres.

Ce que je viens de dire de la loi de MM. Andral et Gavarret s'applique également à cette autre loi à peu près semblable que M. Bouillaud a formulée ainsi : « Règle générale, le bruit de diable existe chez les individus dont le sang est d'une densité de moins de 6° à l'aréomètre de Beaumé, et il n'existe pas au contraire chez les sujets dont le sang est d'une densité qui dépasse 6°. »

Je crois encore qu'il y a habituellement coïncidence entre les bruits et la diminution de densité du sang ; mais je crois aussi, comme on le verra, et comme je l'ai déjà dit, que les bruits dépendent d'une disposition du système artériel qui se montre quand la densité du sang est ainsi diminuée.

Quand on veut, à l'exemple de M. Piorry, étudier les bruits artériels au moyen d'expériences ou d'injections pratiquées sur les artères d'un cadavre, voici les résultats que l'on obtient :

1° On détermine à volonté des bruits anormaux en injectant avec un clysso-pompe de l'eau dans une artère. Il faut pour cela pousser vivement une forte ondée dans le tube artériel, de manière à le distendre considérablement. Si l'ondée est moins forte, et si par conséquent les parois artérielles sont moins distendues que précédemment, les bruits sont moindres ; ils sont nuls quand on injecte une quantité de liquide qui suffit à peine à distendre le vaisseau.

2° On remarque que les parois artérielles sont toujours le siége d'un frémissement cataire dans le point où les bruits sont le plus intenses.

3° Si le tube artériel sur lequel on expérimente est long, et si on n'a pas eu la précaution de lier les branches qui en partent, il se fait par l'ouverture béante de ces branches un écoulement de liquide dont la somme augmente à mesure que l'on s'éloigne de l'extrémité qui est ajustée au clysso-pompe. Dans ce cas, l'on s'assure que les bruits les plus intenses, le frémissement cataire le plus fort, et la distension artérielle la plus considérable, se remarquent dans le point du tube le plus voisin du clysso-pompe : à mesure que l'on s'éloigne de ce point et que l'on arrive sur les endroits du tronc artériel où les branches déversent une partie du liquide, il y a moins de bruit, moins de frémissement cataire et moins de tension artérielle. Près de l'extrémité libre du tube artériel, il n'y a plus ni bruit ni frémissement ; c'est à peine si à chaque coup de piston on y observe une molle pulsation.

Qui ne voit la conclusion à tirer de ces expériences pour déterminer la cause immédiate des bruits et du frémissement artificiellement produits dans cette circonstance ? Les bruits et le frémissement tiennent évidemment ici au frottement exagéré que produit une ondée trop grande pour la capacité du vaisseau : 1° parce que le bruit et le frémissement varient d'intensité avec la quantité de liquide que l'on pousse dans le vaisseau ; 2° parce qu'il y a une tension extrême du vaisseau dans le point où le bruit et le frémissement sont le plus marqués ; 3° enfin, parce qu'à mesure que la quantité du liquide contenu dans le tube

artériel diminue par suite de l'écoulement qui se fait par les branches béantes de l'artère, le bruit et le frémissement diminuent pour disparaître complètement à l'extrémité libre du tube artériel.

Nous retrouvons donc, pour expliquer le bruit et le frémissement produits dans cette expérience, la même formule que nous avons obtenue de l'observation et de l'interprétation des bruits artériels liés à une affection locale, à savoir, un défaut de proportion entre l'ondée et la capacité du vaisseau. Voyons maintenant s'il ést possible de tirer la même formule de l'analyse des bruits qui sont liés aux affections générales.

Nous avons exposé dans la partie descriptive des bruits artériels un double fait qui est bien de nature à faire légitimement présumer que les bruits liés aux affections générales dépendent aussi, comme ceux des affections locales, d'un défaut de proportion entre l'ondée et le vaisseau : je veux parler du rapport direct que l'on observe entre le volume du pouls et l'intensité du bruit. Si, en effet, chez un individu affecté de bruits, le pouls vient à augmenter momentanément après un exercice musculaire, les bruits éprouvent un renforcement ; si au contraire le pouls baisse, comme après l'application de la grande ventouse, les bruits diminuent ou disparaissent. Dans le premier cas, la somme du sang contenu dans les gros vaisseaux a augmenté de toute la quantité de celui qui a été exprimé des capillaires par le fait de la contraction musculaire ; dans le second cas, le sang a au contraire abandonné en grande partie les vaisseaux du centre pour se porter dans le membre ventousé. Or, n'est-il pas infiniment probable qu'au milieu de ces deux extrêmes, dont l'un augmente les bruits et l'autre les fait disparaître, il y a un état moyen de surabondance sanguine qui constitue la maladie dont les bruits sont un symptôme, et qui dure autant qu'elle ? Voilà ce qu'il nous reste à démontrer. *(La suite à un prochain numéro.)*

---

5. *De l'emphysème vésiculaire et de l'emphysème interlobulaire des poumons* ; par Édouard Bonino, docteur en médecine, lauréat du Val-de-Grâce, chirurgien aide-major au 1er régiment de ligne.

(Suite et fin : *voir* t. 157, septembre 1845, p. 44 ; t. 158, octobre p. 75.)

(Gazette médicale de Paris, N° 32.)

Emphysème interlobulaire. — On constate son existence en examinant la superficie du poumon et en pratiquant des coupes dans son épaisseur. A sa surface, on trouve les lignes polygonales, qui séparent les lobules, élargies, transparentes. Cette disposi-

tion est surtout évidente sur les bords de l'organe ; en interposant un de ces bords entre l'œil et la lumière, on aperçoit des bandes diaphanes, plus larges à la surface du poumon, et devenant plus étroites à mesure qu'elles pénètrent vers l'intérieur, dans lequel elles s'avancent plus ou moins; elles ont ainsi une forme triangulaire qui les a fait comparer, par Laënnec, à des segments d'orange contenant de l'air dans leurs vésicules. Au moyen des coupes, on retrouve ces rubans transparents dans les parties profondes des poumons ; mais là ils sont en général plus étroits et n'affectent pas la forme triangulaire. Ceux que l'on observe aux bords tranchants peuvent atteindre une largeur de 5 à 6 lignes et même d'un pouce. Ces bandes interceptent entre elles des lobules pulmonaires plus ou moins considérables ; quelquefois ceux-ci sont entourés de toutes parts par cette infiltration aérienne, et ils sont ainsi comme isolés du reste de l'organe.

Dans un petit lobule, de forme pyramidale triangulaire, qui se trouvait dans cette condition, nous avons constaté l'état suivant : un seul vaisseau traversait l'atmosphère celluleuse, pénétrait dans le lobule par son sommet, et se ramifiait dans sa partie centrale ; mais, en s'éloignant du centre, la circulation allait, toujours en diminuant, jusqu'aux cellules les plus éloignées, autour desquelles elle était tout à fait nulle. Une forte loupe permettait d'apprécier facilement cette disposition. En même temps, le tissu de la périphérie du lobule était raréfié ; les parois des cellules étaient extrêmement minces, plusieurs étaient rompues, et, par suite, les vésicules étaient agrandies. Cette raréfaction du tissu pulmonaire était moins marquée à mesure que l'on se rapprochait davantage du centre du lobule, où les cellules étaient normales, aussi bien que la circulation. Ajoutons que ces cellules, même les plus externes, étaient séparées de l'espace interlobulaire emphysémateux par une lame bien tranchée et bien nette. Que faut-il voir là? N'est-ce pas un commencement de disparition de ce lobule? Ne peut-on penser que les espaces interlobulaires qui le cernaient se seraient rejoints pour n'en plus former qu'un seul, si le travail de destruction avait continué? Ce fait nous semble vérifier l'hypothèse de Laënnec, qui se demandait, ne comprenant pas une dilatation si grande d'une cloison cellulaire si mince, si les lobules pulmonaires existant entre deux cloisons infiltrées ne pouvaient disparaître dans l'infiltration. Nous dirons tout à l'heure comment nous entendons cette disparition.

Quand l'infiltration aérienne a gagné le tissu cellulaire qui entoure un vaisseau, ce tissu se dilate de manière à former des bulles isolées et juxtaposées dont la disposition rappelle celle d'un

chapelet. Cet aspect se retrouve aussi bien à la superficie du poumon et dans les parties profondes.

Quand l'infiltration est voisine de la racine des poumons, elle gagne promptement le médiastin, le col, et quelquefois, mais rarement, le tissu intermusculaire et sous-cutané de tout le corps.

Arrivons maintenant à la pathogénie de l'emphysème interlobulaire. Il se produit toujours rapidement, souvent même instantanément. Il résulte d'un effort exagéré dans l'acte respiratoire ; cet effort a besoin, dans certains cas, d'être réitéré assez souvent, et, dans d'autres cas, il n'a besoin d'être produit qu'une seule fois, comme le prouvent les faits cités précédemment : c'est ce qui arrive dans les efforts violents pour hâter, par exemple, un accouchement difficile. La poitrine renferme une grande quantité d'air, afin de fournir un appui solide aux muscles qui vont concourir presque tous à l'accomplissement d'une action puissante; la glotte est fermée et présente à cet air une barrière infranchissable : cependant celui-ci, soumis à une température assez élevée, se dilate, et tend, par conséquent, à occuper un espace plus grand. Cette dilatation étant très-rapide, les cellules sont distendues subitement et outre mesure; elles ne peuvent résister à cette sorte de surprise, et elles se crèvent. L'air qu'elles contenaient s'épanche dans le tissu cellulaire interlobulaire, dont toutes les mailles, en état normal, sont parfaitement perméables à ce fluide ; d'autre part, les vésicules, distendues momentanément, n'ont pas perdu toute leur élasticité et reviennent sur elles-mêmes. Il est facile, d'après cela, de comprendre, dans ces cas, l'existence de l'emphysème interlobulaire seul, sans l'emphysème vésiculaire.

Revenons maintenant à ce lobule que nous avons décrit plus haut. Ses conditions anatomiques sont faciles à expliquer. Les cloisons qui l'entouraient étaient infiltrées par l'air, et comme elles tendaient toujours à s'accroître, elles le comprimaient. La compression avait arrêté la circulation, et de ces deux faits était résultée la résorption du lobule, résorption plus avancée à la périphérie, parce que la compression y était plus active. C'est le même phénomène que celui de la résorption des parois des vésicules dans l'emphysème vésiculaire. On pourrait peut-être vouloir attribuer la raréfaction du lobule en question à cette dernière espèce d'emphysème ; mais s'il en eût été ainsi, on aurait trouvé des ruptures de la lame qui séparait le lobule de l'espace interlobulaire, puisque l'air avait infiltré cet espace ; mais ces ruptures n'existaient point.

Ces détails sont sans doute minutieux ; mais ils deviennent une nécessité quand on étudie les lésions survenues dans des organes dont les éléments sont aussi délicats.

L'emphysème sous-pleural coexiste aussi avec l'emphysème interlobulaire, parce qu'il y a des communications larges et directes entre la plèvre et le tissu cellulaire qui sépare les lobules.

Il résulte, ce nous semble, des longs développements dans lesquels nous venons d'entrer, que, considérés anatomiquement, l'emphysème vésiculaire et l'emphysème interlobulaire sont des lésions bien distinctes ; de plus, ils sont, dans un degré élevé, exclusifs l'un de l'autre. En effet, dans les cas bien caractérisés, on ne voit jamais ces deux espèces d'emphysème coïncider, et les détails anatomiques qui précèdent conduisent théoriquement à ce fait que démontre l'expérience. Nous ne pensons donc pas qu'on puisse donner comme trois degrés par lesquels passe toujours, et successivement, la maladie : 1° la dilatation des cellules ; 2° leur rupture ; 3° l'infiltration d'air dans le tissu lamineux interlobulaire. Ce n'est que dans les cas moyens, en quelque sorte, que l'emphysème vésiculaire peut s'accompagner d'emphysème interlobulaire, et quand l'action de la cause n'a été ni assez lente pour produire le premier seulement, ni assez rapide pour produire seulement le second. La cause est pour ainsi dire mixte, et la lésion qu'elle détermine est mixte elle-même ; de sorte qu'il y a un rapport constant entre l'espèce d'emphysème qui survient et le plus ou moins d'activité de la cause qui le produit.

Nous ne nous sommes par arrêté à l'emphysème sous-pleural, dont quelques médecins font, à tort, une espèce séparée, parce qu'il n'a pas d'existence indépendante ; il ne peut jamais survenir qu'à la suite de l'une ou de l'autre des deux espèces dont nous nous occupons.

§ III. — *Marche et durée.* — La marche de l'emphysème vésiculaire est essentiellement chronique ; celle de l'emphysème interlobulaire est aiguë. Le premier dure plusieurs années et même toute la vie, quand il est congénital ; le second se produit, existe et se termine dans un très-court espace de temps. Voici les chiffres que nous trouvons dans les observations : la guérison survint, dans 5 cas, une fois après quinze jours ; une fois après huit jours ; deux fois après dix jours ; enfin, un malade qui voulut quitter l'hôpital au bout de huit jours était presque complètement rétabli. La mort survint dans 9 cas ; elle fut subite deux fois : elle arriva après quelques heures dans un cas ; après un jour dans deux cas ; après deux jours dans un cas ; dans un cas, au bout de trois jours ; enfin, dans deux autres, elle tarda une fois neuf jours,

et l'autre fois onze jours. Dans le quinzième cas, qui ne se termina pas par la mort, la durée de la maladie n'est point indiquée.

En réfléchissant sur la nature des deux espèces d'emphysème, on ne sera pas étonné de ces résultats si opposés. L'emphysème vésiculaire, en effet, constitue une lésion organique des poumons que la médecine ne saurait modifier. La texture de l'organe est altérée de façon à ne pouvoir être ramenée à l'état normal ; seulement cette altération est encore compatible avec la vie. On comprend dès lors la lenteur de la marche et la longue durée de l'emphysème vésiculaire. L'emphysème interlobulaire, au contraire, est plutôt une lésion traumatique qu'une maladie interne : c'est un emphysème en tout semblable à l'emphysème chirurgical, une simple infiltration d'air dans le tissu cellulaire, et l'absorption s'en opère dans le tissu cellulaire des poumons, comme dans le tissu cellulaire sous-cutané. Il n'est donc point surprenant que sa marche soit rapide et que sa durée soit courte, puisqu'elle est mesurée par le temps que met l'air à se résorber.

Cependant, quand l'emphysème interlobulaire coexiste avec l'emphysème vésiculaire, dans le cas d'imperméabilité d'une certaine portion des poumons, il présente une durée plus longue, parce que sa cause productrice présente aussi une action prolongée. Le tissu cellulaire des poumons ne peut se vider de l'air qui l'infiltre que quand la portion pulmonaire imperméable est rendue aux fonctions de l'hématose ; d'autre part, l'emphysème vésiculaire peut aussi présenter une marche plus prompte : c'est ce qui arrive surtout quand il est consécutif à une bronchite capillaire.

§ IV. — *Diagnostic et pronostic.* — Nous ne nous étendrons pas sur le diagnostic, parce que les observations d'emphysème interlobulaire que nous avons rassemblées ne donnent pas à ce sujet des détails suffisants. Nous signalerons seulement une dyspnée très-vive qui survint tout à coup dans tous les cas, et nous renverrons, pour de plus amples renseignements, à l'ouvrage de Laënnec. Mais il est un point sur lequel nous insisterons, parce qu'il est très-important et qu'il n'a pas été assez signalé : nous voulons parler du gonflement emphysémateux qui envahit le cou, la poitrine et quelquefois le corps entier. Ce phénomène se trouve noté dans 7 des cas que nous avons rassemblés. Il a une grande valeur, parce que jamais il ne s'est présenté dans l'emphysème vésiculaire, et parce qu'il témoigne évidemment que l'air n'est pas contenu dans les cellules des poumons, mais bien qu'il s'est infiltré dans le tissu lamineux de ces organes, pour

passer ensuite dans celui du médiastin, et gagner de là le cou et les parties voisines. Aussi n'avons-nous pas hésité à ranger au nombre des cas d'emphysème interlobulaire ceux dans lesquels ce gonflement caractéristique fut observé, bien que, la guérison étant survenue, l'autopsie n'en ait pas donné l'entière démonstration. Du reste, tous les autres traits de l'affection étaient en même temps trop tranchés pour qu'ils pussent appartenir à un emphysème vésiculaire.

Quant au pronostic, nous n'hésitons point à le déclarer plus grave pour l'emphysème vésiculaire que pour l'emphysème interlobulaire. Cette conclusion paraît en contradiction avec les faits sur lesquels nous nous sommes fondé; car, dans 15 cas d'emphysème interlobulaire, 9 fois la mort survint, tandis qu'elle n'eut lieu que 2 fois dans les 24 observations d'emphysème vésiculaire que nous avons recueillies. Mais il faut remarquer que l'on n'a signalé l'infiltration d'air dans le tissu cellulaire des poumons que quand les faits, par leur gravité, ont attiré l'attention, et ces faits sont peu nombreux; tandis que l'on peut poser en principe que cette lésion est très-fréquente, et qu'à chaque instant elle est méconnue quand elle est peu intense: de sorte que le nombre des terminaisons heureuses est incomparablement supérieur à celui des terminaisons funestes.

Le pronostic de l'emphysème vésiculaire n'est sans doute pas très-grave en lui-même, puisque cette affection est très-longtemps compatible avec la vie; mais il est cependant sérieux, en cela que l'emphysème vésiculaire se révèle par des accidents très-fréquents, qu'il met la santé dans un état continuel d'incertitude, si l'on peut ainsi parler, et qu'enfin il peut, quand il est intense, et surtout qu'il s'accompagne de catarrhe, aller jusqu'à causer l'asphyxie.

Quand l'emphysème vésiculaire cause la mort, ce n'est jamais subitement. La terminaison funeste peut sans doute, dans certains cas, survenir rapidement par asphyxie; mais le malade y sera conduit par degrés: l'état du malade deviendra plus grave, jusqu'à ce qu'il amènera la mort. De plus, les phénomènes observés alors ne seront que l'exagération de ceux qu'on aura observés auparavant, pendant un temps plus ou moins long, suivant la durée de la maladie. L'emphysème interlobulaire, lui, peut causer la mort instantanément, et c'est à cette espèce que se rapportent, en effet, ces cas de mort subite dont on s'est tant occupé, et qui du reste sont très-peu nombreux. Quand la mort n'est pas instantanée, elle survient, en général, plus rapidement que dans l'emphysème interlobulaire, et avant la manifestation

des premiers accidents, aucun phénomène qui aurait eu avec eux de l'analogie n'était venu antérieurement donner la possibilité de prévoir la mort qui surviendrait. Quant à la rapidité avec laquelle la vie s'éteint dans les cas graves d'emphysème interlobulaire, faut-il l'attribuer à ce fait qu'une très-grande étendue ou même la totalité des poumons devient instantanément imperméable à l'air et au sang, par suite de la compression exercée par le gaz infiltré? Doit-on la rapporter à un pneumothorax qui, dans quelques cas, se serait développé incontinent? Faut-il recourir à une action du système nerveux? Ce point n'est pas encore éclairci; mais la première hypothèse nous paraît au moins la plus probable. L'expérimentation, du reste, a démontré l'étouffement de la circulation dans le tissu pulmonaire affecté d'emphysème interlobulaire. M. Poiseuille a déterminé, sur un poumon insufflé mais non emphysémateux, le temps que mettait à s'écouler une certaine quantité de sérum, en le plaçant dans l'artère pulmonaire et sous la pression donnée par le ventricule droit; ensuite, après avoir insufflé le poumon, de manière à déterminer l'emphysème de l'organe, il a reconnu qu'il ne donnait plus alors passage qu'à la moitié, au tiers, au quart du liquide qui le traversait d'abord, selon que l'emphysème était plus ou moins considérable.

V. ACCOUCHEMts, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

6. *Mémoire sur l'angioleucite utérine puerpérale;* par M. Botrel, interne à l'Hôtel-Dieu de Rennes.

Suite : *voir* t. 157, septembre 1845, p. 105; t. 158, octobre, p. 86.)

(Archives générales de Médecine, mai 1845.)

Description de la maladie.

Caractères anatomiques. — Nous reconnaîtrons des lésions anatomiques primitives et des lésions anatomiques secondaires ou consécutives.

1° Les premières, qui se sont montrées constantes, résident dans l'utérus et ses annexes. Cet organe apparaît presque toujours volumineux, remontant plus ou moins haut au-dessus de l'angle sacro-vertébral, rarement jusqu'à l'ombilic. A travers le péritoine se dessinent des lignes sinueuses, blanchâtres, offrant des nodosités, des renflements considérables : ce sont là autant de vaisseaux lymphatiques superficiels remplis de pus, restant

sous-séreux dans une longueur variable (1, 2, 3 centim.), s'enfonçant sous une couche mince du parenchyme utérin pour reparaître bientôt superficiels, présentant ainsi de distance en distance de véritables ampoules purulentes qui soulèvent la séreuse. Ces dilatations peuvent avoir le volume d'un gros pois, d'une noisette, quelquefois même d'une amande ; elles se remarquent principalement aux angles et sur le bas-fond de l'organe. Il est facile de reconnaître que le pus siége dans la cavité d'un vaisseau; il suffit de pratiquer une incision, et aussitôt on aperçoit une membrane fort bien organisée, percée de deux ouvertures, desquelles on fait suinter le pus en pressant légèrement avec le dos du scalpel. A l'aide de ce moyen, nous avons vu marcher le pus bon nombre de fois dans les canaux vasculaires très-superficiels, quitter des renflements voisins pour arriver au lieu de l'incision. D'un autre côté, la situation superficielle de ces vaisseaux, leur aspect sinueux, la présence de veines et d'artères saines à côté et plus profondément, nous ont suffi pour placer le siége du pus dans les vaisseaux lymphatiques. C'est qu'en effet la plus minutieuse dissection n'a jamais pu nous faire découvrir la moindre gouttelette de matière purulente, la plus légère altération dans les sinus ou les veines.

La presque totalité des lymphatiques malades sont superficiels, rampent sur le col et sur les côtés de la matrice ; moins souvent nous en avons rencontré sur les faces et sur le bas-fond. Toujours est-il que de toutes parts ils convergent vers les angles et semblent se perdre à la racine des ligaments larges. Ceux du col offrent pour la plupart une direction transversale, s'enfoncent profondément dans cette région, mais nous n'avons jamais pu les suivre jusqu'à la muqueuse. Quelques-uns, surtout lorsqu'il existe quelque lésion du vagin, se remarquent sur la paroi supérieure de ce conduit. Dans quelques cas, nous avons trouvé une si grande quantité de pus dans les lymphatiques de l'utérus, que cet organe en était imprégné dans tous ses points.

Cette disposition n'a jamais été aussi bien marquée que dans un cas où le début de la maladie coïncida avec la suppression d'une abondante transpiration. La mort, qui survint au bout de trois jours, fut précédée, pendant les dernières vingt-quatre heures, de phénomènes typhoïdes extrêmement prononcés. Disons par anticipation que la suppuration n'était point bornée à l'utérus, mais qu'elle s'était propagée à un grand nombre de lymphatiques ovariques et jusque dans le canal thoracique, et qu'à sa faveur nous avons pu constater mieux que jamais cette disposition, anormale en apparence, de plusieurs de ces vaisseaux.

Deux partant du plexus lymphatique qui existait du côté droit, au niveau de la base du sacrum et au-dessous des ganglions lombaires, se dirigeaient presque parallèlement en haut et en dehors, passaient l'un sur le rein pour disparaître bientôt entre cet organe et le foie, l'autre sur la veine rénale, dans laquelle il s'abouchait tout près de son point d'émergence. Ces vaisseaux suppurés avaient tout à fait l'aspect des lymphatiques, et par contre les veines ovariques offraient l'état le plus normal. Un troisième, situé du même côté, prenait son origine dans un ganglion lombaire, affectait la même direction que les deux premiers, et a échappé à notre examen tout près du grand lobe du foie. Enfin, du côté gauche, nous avons pu en suivre deux autres depuis la troisième vertèbre lombaire jusque dans l'hypochondre, l'un tous près de la rate, l'autre plus rapproché de la ligne médiane.

Remarquons que chez cette malade cette disposition vasculaire et la grande quantité de pus ont coïncidé avec l'existence d'abcès métastatiques dans les reins et dans le foie.

Les ligaments larges, où nous avons laissé la plupart des lymphatiques utérins, deviennent le point de départ d'autres vaisseaux du même système, offrant les mêmes altérations. Nous avons toujours constaté en effet l'existence de ces vaisseaux accompagnant les veines ovariques, le plus souvent des deux côtés du bassin, en plus ou moins grand nombre ; nous en avons compté jusqu'à dix de chaque côté. Quand cet état pathologique existait seulement à droite ou à gauche, nous avons remarqué qu'il avait précisément coïncidé avec une douleur beaucoup plus vive dans ce point, surtout dans les premières heures de la maladie.

Ils sont volumineux, quelquefois aussi gros qu'une plume à écrire, offrant un aspect annelé, moniliforme, rempli d'un pus crêmeux, s'anastomosant, et offrant des zigzags nombreux au-devant et sur les côtés des muscles psoas, véritables intrications qui rappellent les plexus nerveux. Souvent nous les avons suivis de ganglion en ganglion, sur les côtés des vertèbres lombaires, où ils conservaient leur aspect plexiforme, et allaient enfin se perdre dans les ganglions qui circonscrivent le réservoir de Pecquet. Rarement nous avons trouvé du pus dans ce réservoir et dans le canal thoracique ; plus souvent ils ont présenté un aspect mat et terne.

Des ganglions lombaires et d'un point sous-jacent nous avons vu assez souvent partir quelques-unes de ces ramifications se dirigeant obliquement en haut et en dehors, charriant du pus,

offrant toutefois un volume moindre que les lymphatiques situés plus bas (obs. III, V, VI). Plusieurs ont échappé à nos recherches au niveau et au-dessus des vaisseaux rénaux, vers les hypochondres ; mais nous avons pu nous assurer qu'un de ces vaisseaux s'abouchait bien évidemment dans la veine porte, à 2 centimètres environ de la scissure du foie ; un autre allait aboutir dans la racine de la grande veine azygos, d'autres enfin dans les veines rénales.

Dans un cas dont je n'ai pu rapporter l'observation, un lymphatique volumineux, gorgé de pus, partant d'un ganglion situé sur la quatrième vertèbre lombaire, remontait directement le long du rachis, passait par l'ouverture aortique du diaphragme, pour aller s'aboucher dans le canal thoracique, 5 centimètres plus haut.

Cette disposition anatomique, à laquelle nous avions donné une faible attention dans nos premières autopsies (1), nous étonna d'autant plus que, jusqu'à présent, aucun cas pathologique n'en a fait mention ; et malgré les recherches de M. Lippi, nous n'avions pu nous-même jusqu'alors y ajouter foi. Cependant, si nous remarquons que nous n'avons point été dupe d'une illusion ; que l'intoxication purulente, constatée par nos observations, et par celles de quelques médecins, devient plus facile par ces anastomoses ; que des communications de cette nature ont été rencontrées par des anatomistes dignes de foi à la partie inférieure du canal thoracique et dans le creux axillaire ; que d'ailleurs la théorie les admet le mieux du monde, nous serons porté à croire qu'il y a peut-être quelque chose de vrai dans le travail de M. Lippi. En effet, que sont ces vaisseaux dont nous venons de tracer la disposition ? Ce sont ou des lymphatiques qui proviennent des organes parenchymateux contenus dans l'abdomen, ou des veinules qui partent des ganglions lombaires pour aboutir dans le système veineux général, ou enfin des lymphatiques qui s'anastomoseraient avec les veines abdominales. La première hypothèse ne nous paraît pas soutenable. Ne serait-il pas bien singulier de voir le pus, au lieu de suivre une direction en quelque sorte naturelle, pénétrer dans les lymphatiques qui proviennent d'organes circonvoisins, et affecter une marche tout à fait opposée à celle de la lymphe qui circule normalement dans ces canaux ? Et d'ailleurs les valvules n'y met-

(1) Nous n'hésitons point à dire que, si dans nos premières ouvertures cadavériques nous nous étions attaché à reconnaître le point aboutissant de tous les vaisseaux suppurés, nous aurions plus d'une fois rencontré le genre d'anastomose mentionné ci-dessus.

traient-elle pas obstacle? Quant à la seconde hypothèse, elle viendrait, il est vrai, corroborer l'opinion d'anatomistes distingués, de MM. Lauth et Fohmann entre autres, qui croient que dans les ganglions lymphatiques il y a communication entre les vaisseaux blancs qui y arrivent et les veines qui en partent ; opinion à laquelle viendrait donner une nouvelle sanction l'anatomie comparée. Cependant nous croyons que ces vaisseaux avaient plutôt l'aspect de lymphatiques que de veines. Dans tous les cas, il y aurait anastomose et par conséquent transport plus facile du pus dans le torrent circulatoire. Reste enfin la troisième hypothèse, que nous ne pouvons abandonner, attendu que nous avons constaté sur quelques-uns de ces vaisseaux d'anastomose suppurés une identité parfaite avec les lymphatiques offrant la même altération. Quoi qu'il en soit, nous devons avouer que nous n'avons prétendu rien généraliser ; nous avons seulement voulu faire part du résultat de nos recherches, en attendant que des travaux ultérieurs viennent jeter de nouvelles lumières sur ce point important d'anatomie et de pathologie.

Les ganglions lymphatiques lombaires sont presque toujours tuméfiés, ramollis, infiltrés de pus; quelquefois on les trouve simplement hypérémiés, sans ramollissement bien sensible.

Les ovaires offrent toujours une hypertrophie notable; ils sont infiltrés de pus, se réduisent presque toujours avec une grande facilité en une pulpe jaunâtre. L'utérus, qui dans certains cas est un peu flasque, ne nous a jamais présenté de ramollissement de son tissu. Dans deux cas seulement, nous avons trouvé les mamelons, sur lesquels siégeait le placenta, d'un aspect grisâtre, saillants et légèrement friables. Le col nous a constamment présenté les traces d'une phlogose certaine, de la tuméfaction, une rougeur violacée que ne pouvait faire disparaître un lavage prolongé, une déchirure transversale, anfractueuse, plus ou moins prononcée, constamment baignée par un liquide demi-plastique, grisâtre, parfois d'une odeur repoussante. Le plus souvent la cavité de l'organe était assez bien nettoyée ; d'autres fois nous avons rencontré des débris de l'arrière-faix unis à des caillots sanguins putréfiés, exhalant une odeur fétide.

Le vagin a été quelquefois le siége d'altérations assez graves. Ainsi nous l'avons trouvé rouge, perforé à sa partie supérieure (obs. Ire) des deux côtés ; une large ecchymose existait autour, et en dehors, dans le tissu cellulaire qui recouvre immédiatement la paroi vaginale, une collection assez considérable de pus phlegmoneux. Du reste, le pus que nous avons rencontré,

tant dans les vaisseaux lymphatiques que dans le tissu sous-séreux, avait tous les caractères du pus bien lié et véritablement inflammatoire.

Le tissu cellulaire sous-péritonéal nous a constamment offert une injection et une infiltration purulente plus ou moins marquées, mais plus considérables autour des vaisseaux malades, sur les ligaments larges et les côtés de la matrice. La séreuse était le siége d'une injection générale plus ou moins vive affectant différentes formes. Une fois nous n'avons constaté qu'une inflammation très-circonscrite, à peine sensible, sur le fond de l'utérus, et sans épanchement aucun (obs. Ire). Une pellicule mince, comme pseudo-membraneuse, tapissait, dans la majorité des cas, la surface interne et lui donnait un aspect granulé ; elle devenait de plus en plus marquée à mesure qu'elle se rapprochait du petit bassin. La cavité péritonéale contenait toujours un épanchement variable pour la quantité et les caractères physiques : tantôt c'était un liquide trouble, légèrement puriforme ; tantôt c'était un véritable épanchement purulent ; le plns souvent ce liquide était du pus au fond de l'excavation pelvienne ; mais sur un plan plus superficiel il était trouble, roussâtre, sanguinolent. La malade de l'observation V n'a offert aucune trace d'épanchement, malgré l'injection du péritoine.

2° Passons actuellement aux lésions secondaires. Jamais nous n'avons trouvé de traces d'inflammation de la muqueuse gastrique, excepté dans les cas où l'essence de tébérenthine a été administrée. La muqueuse intestinale a toujours été pâle, offrant une éruption de follicules isolés, quelquefois baignée par des matières fluides, jaunâtres, en abondance. Mais il existe des lésions secondaires bien autrement graves : je veux parler de l'infection du sang et de ses conséquences anatomiques.

Le sang, au début de la maladie, nous a offert pour toute altération une augmentation de fibrine (1) ; mais si l'analyse en eût été faite dans la dernière période, nous sommes porté à croire qu'elle eût donné des résultats bien différents. Sur le cadavre, en effet, nous avons toujours trouvé ce liquide noirâtre, fluide, poisseux, offrant des grumeaux ressemblant à de la gelée de groseille mal cuite et quelques caillots peu volumineux se laissant facilement déchirer. L'endocarde et la membrane interne des veines ont été constamment le siége d'une imbibition très-prononcée ; jamais nous n'y avons trouvé de trace d'inflammation.

(1) Le caillot des saignées a toujours été couenneux, ferme, plus ou moins rétracté, parfois irisé et cupuliforme.

La rate, le foie et les reins sont décolorés, ramollis. Ces deux derniers organes nous ont offert des infiltrations sanguines, de véritables abcès métastatiques (obs. VI), au premier et au second degré, occupant la superficie du parenchyme. Ce n'est que dans des cas véritablement rares que la muqueuse bronchique a présenté des traces d'inflammation. Nous avons trouvé à la face postérieure des lobes supérieur et inférieur des poumons, immédiatement au-dessous de la plèvre, de petits abcès arrivés à des périodes plus ou moins avancées de leur évolution ; quelquefois ils se sont montrés en assez grand nombre et passant au troisième degré (obs. II, III, IV). Dans quelques circonstances, nous avons constaté un engouement pulmonaire hypostatique, une pleurésie partielle, soit sur le diaphragme, soit au niveau des abcès (obs. IV, XV), ayant pour caractère anatomique l'existence de pseudo-membranes avec très-peu ou point de liquide épanché.

Le cerveau ne nous a jamais offert de lésions qui répondissent d'une manière bien satisfaisante à l'état particulier qu'avait offert le système nerveux pendant la vie. A peine avons-nous rencontré isolément, chez deux ou trois malades seulement, soit une légère injection de la surface de cet organe, soit un aspect mat des méninges, soit une infiltration de sérosité limpide avec ramollissement peu marqué de l'écorce cérébrale : encore faut-il noter que ces trois ou quatre cas ne peuvent guère être pris en considération, attendu que les caractères anatomiques que nous venons d'indiquer peuvent appartenir en partie à un travail cadavérique. Nous n'avons jamais rencontré de pus ni dans les muscles ni dans les articulations.

Causes. — Malgré le grand nombre et la diversité des causes qui ont été assignées à la fièvre puerpérale considérée dans son ensemble, malgré les difficultés offertes à une appréciation juste de leur portée, on arrive cependant à reconnaître qu'il en est qui sont purement accessoires et dont l'action n'est que médiate, tandis qu'il en existe d'autres dont l'action est immédiate et d'emblée. De là deux ordres de causes : l'un comprenant les causes généralement désignées par les noms de *prédisposantes*, *occasionnelles*, quelquefois même *déterminantes*, et que nous appellerons *causes secondaires* ou *éloignées ;* l'autre comprenant ces circonstances particulières, cet état tout spécial de l'atmosphère que nous appellerons *cause efficiente* ou *prochaine*. Nous ne parlerons ici que de celles qui nous ont paru avoir quelque influence dans les cas que nous avons observés, sans oublier toutefois d'entrer dans quelques détails sur la contagion.

1° Parmi celles qui forment le premier groupe, nous signa-

lerons d'abord un travail long et pénible, un accouchement laborieux, artificiel, les plaies, les contusions des organes génitaux. Peut-on supposer en effet qu'une femme dont la constitution a subi une si grande modification par l'état de grossesse va supporter impunément ces nouvelles secousses, de si rudes épreuves ?

L'état primipare est une circonstance favorable au développement de la maladie, si nous en jugeons d'après nos statistiques. Ainsi nous trouvons que les neuf onzièmes de nos malades étaient des primipares. Il en est de même de la flaccidité, de l'inertie de l'utérus, qui peut survenir après l'accouchement. Chaque fois que nous l'avons observée à l'époque d'une épidémie, elle a été plus ou moins rapidement suivie des accidents les plus fâcheux.

L'administration du seigle ergoté, surtout après l'expulsion du fœtus, des portions de placenta ou de quelques caillots restés dans la cavité utérine après une hémorrhagie, en excitant et prolongeant les contractions d'un organe déjà disposé à la phlogose, ne sont pas sans influence sur le développement de l'angioleucite puerpérale. Nous avons souvent constaté des coliques extrêmement vives produites par ce médicament, qui ont été suivies, après un temps plus ou moins long, de symptômes beaucoup plus graves caractérisant une fièvre puerpérale. Les caillots de sang d'ailleurs, en se putréfiant, ne peuvent-ils pas devenir une nouvelle cause d'accidents.

Nous noterons aussi des imprudences diverses, telles que écarts de régime, refroidissement, marche et station prolongées. Deux malades surtout en sont des exemples frappants : elles quittent la Maternité au bout de huit jours et dans un état satisfaisant : l'une d'elles fait des excès de table, l'autre des excès de marche ; toutes deux sont exposées au froid humide qui existait alors, et six heures ne se sont pas écoulées que des accidents mortels se déclarent.

Les affections morales, qui ont une si grande influence sur toutes les fonctions, même à l'état de santé, celles surtout qui portent à la tristesse, et qu'un chirurgien prudent cherche toujours à combattre avant et après ses grandes opérations, n'auront-elles aucune influence sur les nouvelles accouchées, si faciles à impressionner, assimilables aux opérés sous plus d'un rapport, entourées d'un plus grand nombre de circonstances défavorables ? N'avons-nous pas été témoin, au contraire, des pleurs et des angoisses de ces malheureuses jeunes filles, abandonnées par les hommes auxquels elles s'étaient livrées, se disposant pour la plu-

part à rentrer dans les pieuses campagnes de la Bretagne, ayant continuellement devant les yeux le triste spectacle du sort qui les y attendait, n'ayant d'ailleurs d'autre alternative que l'hospice des Enfants-Trouvés pour la créature qu'elles avaient mise au jour, ou la mort à peu près certaine dans la misère.

Ce sont là quelques-unes des circonstances fâcheuses au milieu desquelles se trouvent presque toutes les accouchées de la Maternité de Rennes, circonstances bien favorables, comme on le voit, au développement des émotions les plus nuisibles. M. le professeur Dubois a si bien senti l'influence de cette cause, qu'il ne craint pas de la ranger parmi les causes déterminantes.

Nous arrivons actuellement à une cause complexe, au changement de genre de vie, à l'acclimatement. Celle-ci, quoique peu connue dans ses éléments et dans son mode d'action, nous a paru n'être pas restée étrangère aux épidémies que nous avons rencontrées. La plupart des femmes qui accouchent à la salle de Gésine arrivent de la campagne quelques semaines, quelques jours seulement avant le terme de leur grossesse, et viennent habiter la ville. Un changement notable s'opère alors dans leurs habitudes : elles quittent une demeure en plein air, une atmosphère toujours pure, des travaux qui nécessitaient de l'exercice et de l'activité, pour se confiner dans une maison basse et humide où circule un air vicié, et mener une vie sédentaire et de nécessité. Ce changement subit n'a-t-il pas quelque action sur l'économie, et cette action, jointe à l'ébranlement occasionné par l'accouchement, ne peut-elle pas favoriser l'impulsion d'une autre cause plus efficace et toute prête à agir? Quoi qu'il en soit, les statistiques montrent que dans les vingt-deux cas observés lors de la dernière épidémie, trois malades seulement habitaient Rennes depuis un nombre d'années variable ; toutes les autres avaient leur domicile à la campagne. Quant aux accouchées qui n'ont pas été atteintes par les épidémies, la plupart habitaient depuis longtemps la ville.

Nous signalerons aussi comme prédisposant au développement de la maladie une constitution affaiblie par des privations de toute espèce, le tempérament lymphatique. Cependant nous avons rencontré quelques exceptions remarquables.

De l'infection. — Au premier abord, cette cause semble jouer un rôle culminant dans les épidémies de fièvre puerpérale. Quand on sait en effet que c'est dans les hôpitaux, les maisons d'accouchements, que ces épidémies se déclarent le plus souvent, exercent les plus grands ravages là où l'encombrement est manifeste, où se trouvent réunies toutes les circonstances les plus

propres à produire l'infection, il y a assurément quelque chose qui entraîne la conviction. Pour ne parler ici que de la Maternité de Rennes, nous dirons que cet établissement est souvent trop petit pour recevoir toutes les malades qui s'y présentent, que les salles extrêmement froides où sont placées les nouvelles accouchées sont très-mal exposées, mal aérées, que l'air ne peut s'y renouveler facilement. Chaque fois que nous y sommes entré, qu'elles aient été vides ou remplies, nous avons été frappé de l'odeur infecte que répand leur atmosphère.

2° *Cause efficiente, cause atmosphérique.* — Cependant, par un examen plus étendu de ces épidémies, nous arrivons à reconnaître certaines circonstances à l'explication desquelles l'infection est tout à fait impuissante. Pourquoi, en effet, les circonstances restant les mêmes, voit-on ces épidémies ne se montrer que par intervalles? Pourquoi les voit-on sévir avec autant de fureur dans les établissements le mieux disposés, où toutes les précautions hygiéniques sont observées? Pourquoi, ainsi que l'a déjà fait remarquer M. Dubois, à l'Hôpital-Général de Londres, par exemple, fort bien distribué d'ailleurs et ne contenant que quarante à cinquante lits, mais entouré d'égouts que l'on considère comme la source de tous les accidents qui s'y déclarent, la fièvre puerpérale ne se montre-t-elle que dans les saisons les moins favorables cependant à l'influence putride des matières animales, aux exhalaisons délétères des produits de leur décomposition, et par conséquent à l'infection? Chose remarquable, de 1827 à 1838, époque signalée par d'affreuses épidémies, pas un cas de mort n'a été constaté en juillet. Pourquoi enfin les rencontre-t-on dans la clientèle particulière, dans les classes les plus aisées, où toutes les conditions de l'hygiène semblent réunies? Cependant les ravages y sont parfois effrayants.

A Rennes aussi, les épidémies de fièvre puerpérale ne se manifestent qu'à des intervalles plus ou moins éloignés et marqués par une apyrexie complète. Ainsi, en 1843, année qui a séparé celles de 1842 et 1844, nous n'avons pas eu un seul cas de véritable fièvre puerpérale, malgré l'encombrement qui a existé à la Maternité. Ces deux épidémies ne sont point restées concentrées dans cet établissement, elles ont envahi les maisons particulières, où la mortalité a paru conserver les mêmes proportions : bien plus, c'est dans une famille riche que s'est annoncée celle de 1844. L'infection ne peut nous rendre raison de ces particularités ; il faut nécessairement les rattacher à une cause plus générale et plus efficace, qui n'attend pour agir que la plus légère incitation, qui souvent même n'a besoin d'aucune circonstance qui lui soit

étrangère. Cette cause, complexe sans doute, dont la nature nous échappe, mais que nous connaissons assez par ses résultats, et que nous appelons *cause atmosphérique*, est à nos yeux la véritable cause efficiente ou prochaine de la fièvre puerpérale. C'est elle qui crée les épidémies à des époques indéterminées, dans les circonstances les plus variables : toutes les autres sont purement accessoires et peuvent tout au plus favoriser l'action de celle-ci.

Nous sommes loin sans doute de connaître l'essence de cette cause ; mais nous signalerons deux circonstances particulières de l'atmosphère qui ont accompagné nos deux épidémies : nous voulons parler de l'état hygrométrique et de l'électricité. En 1842, comme en 1844, elles ont exercé leurs ravages pendant les mois de février et mars, époque qui a coïncidé avec un temps froid et humide. En 1844, le beau temps survient dans les derniers jours de mars, l'épidémie cesse. Au mois de mai, l'atmosphère redevient humide et froide, est chargée d'une grande quantité de fluide électrique, et l'épidémie se réveille. Cet état ne dure que quelques jours ; l'épidémie disparaît de nouveau pour ne plus se montrer que dans deux ou trois cas isolés.

De la contagion.— Il ne nous reste plus à parler que de la contagion, sur laquelle nous allons dire un mot. A Rennes, pendant l'épidémie de 1844, quelques médecins se sont demandé si la maladie ne pouvait pas se propager d'une accouchée à sa voisine, si même les étudiants en médecine et le chef de service, en quittant les salles de l'Hôtel-Dieu, ne servaient pas de moyens de transport au principe contagieux et ne contribuaient pas de cette manière à propager l'angioleucite utérine puerpérale. Cette question, épineuse à la vérité, paraît cependant pouvoir être résolue à l'aide des faits que nous avons à notre disposition. Et disons d'abord que nous n'avons pu en recueillir aucun qui vienne à l'appui de cette opinion. Au contraire, à la Maternité, nous avons vu quelques femmes qui sont restées pendant un temps plus ou moins long au milieu d'autres accouchées chez lesquelles il existait déjà des symptômes de fièvre puerpérale, et qui cependant n'ont pas éprouvé le moindre accident. D'autres ont été transférées à l'Hôtel-Dieu sans être encore malades ; elles ont été placées dans des lits où, quelques minutes auparavant, venaient d'expirer d'autres femmes à la suite de cette affection ; elles ont été entourées des mêmes objets de literie, ont eu a côté d'elles des malades qui succombaient à l'angioleucite puerpérale ; bien plus, elles ont été chaque jour examinées scrupuleusement, le toucher vaginal a été pratiqué plusieurs fois par le même médecin et le même interne, qui venaient de donner leurs soins à ces

accouchées qui pouvaient fournir les émanations contagieuses, et malgré tout cela, nous n'avons jamais vu un phénomène de contagion.

Des tentatives concluantes d'ailleurs ont été faites à la Maternité. Ainsi, des accouchées ont été tenues dans l'isolement, sans communication aucune soit avec les autres femmes de l'établissement, soit avec les étudiants en médecine, dans des chambres qui n'avaient reçu précédemment aucune autre malade. Elles avaient été accouchées avec toutes les précautions désirables, soit par la sage-femme, soit par M. le professeur Godefroy ; l'une d'elles avait même été soumise à une médication qu'on a considérée comme préservatrice dans quelques cas ; et cependant toutes, sans exception, ont été atteintes par l'épidémie.

Au mois d'avril 1844, celle-ci disparut : la salle de Gésine d'ailleurs fut évacuée ; des réparations furent faites, tous les objets de literie furent changés ou lessivés, des fumigations copieuses et répétées de chlore et de soufre furent établies dans toutes les salles. Le mois suivant, les accouchements recommencèrent, et malgré toutes les précautions qui avaient été prises, apparurent de nouveaux exemples de fièvre puerpérale. La contagion n'était assurément pour rien dans la recrudescence, dans la réapparition des accidents.

Voyons ce qui s'est passé dans la clientèle particulière pendant l'existence des épidémies. Les premiers cas qui se sont présentés ne peuvent reconnaître pour cause celle dont nous parlons, puisque c'est dans les familles riches qu'elles ont sévi tout d'abord. La maladie n'avait donc pu surgir de l'Hôtel-Dieu. Quant à ceux qui se sont offerts ultérieurement, ils se rencontraient non-seulement dans la clientèle des médecins attachés à l'Hôtel-Dieu, mais aussi parmi les malades de médecins qui jamais n'ont suivi nos visites à cette époque. Quelle est d'ailleurs la personne la plus exposée, dans un hôpital, à s'imprégner de principes contagieux, sinon l'interne qui est chargé du soin des malades et des autopsies ? Eh bien ! il m'est arrivé *souvent*, pendant l'épidémie de 1844, d'aller faire des accouchements, soit en ville, soit à la salle de Gésine, *immédiatement* après avoir fait de longues autopsies d'angioleucites utérines, sans changer de vêtements, sans avoir recours à aucun désinfectant ; cependant tous ces accouchements ont été des plus heureux, à l'exception d'un seul, fait à la Maternité, et qui s'est terminé par une fièvre puerpérale. Ainsi donc, d'après ces faits, sur la réalité desquels on ne peut élever aucun doute, nous croyons pouvoir résoudre d'une manière négative la question que nous nous sommes posée.

Symptômes, marche et terminaison. — L'angioleucite utérine compliquée de péritonite débute le plus ordinairement, deux ou trois jours après l'accouchement, par un violent frisson suivi d'une réaction variable et plus ou moins marquée. Quelquefois le frisson semble manquer, ou plutôt se confondre soit avec le tremblement nerveux qui suit immédiatement l'expulsion du fœtus, soit avec la fièvre de lait. (Obs. IV, VI.) Dans deux cas seulement, la maladie s'est manifestée du cinquième au huitième jour. Toujours est-il qu'une fois déclaré, le frisson peut se répéter plusieurs fois dans la journée ; mais le plus souvent il est unique au début, et semble alors vouloir prévenir sa réapparition par sa violence et son intensité. En même temps de vives douleurs se font sentir dans la région lombo-sacrée ; les malades s'écrient alors qu'on leur entr'ouvre les reins. Bientôt il survient de la céphalalgie, de la soif, de la chaleur à la peau ; quelquefois le pouls, déprimé pendant le frisson, se relève, devient plein, vibrant et résistant (obs. IV) ; la figure est rouge et animée, les yeux vifs et humides ; en un mot, nous trouvons l'ensemble des caractères constituant une réaction véritablement inflammatoire. Mais ces cas ont été les plus rares. Le plus souvent le pouls est resté plus ou moins concentré, peu résistant, ou du moins d'une force douteuse, qu'une saignée exploratrice seule mettait à même d'apprécier. La figure, quoique témoignant de l'existence d'une phlogose, portait déjà dans ces cas l'empreinte de la stupeur et de l'indifférence. Il semblerait que le mal, au moment où il attaque des organes dont les lésions nombreuses attesteront ses ravages, voulût assurer son action en neutralisant l'énergie que tout l'organisme reçoit de l'incitation nerveuse.

A ces phénomènes généraux si graves se joignent toujours des symptômes locaux qui nous font connaître le siége de l'affection. Ainsi, l'utérus présente un volume considérable, remonte plus ou moins haut dans l'abdomen, quelquefois jusqu'à l'ombilic ; il est sensible à la pression, qui fait éprouver une douleur non moins grande sur le trajet des ligaments larges, soit d'un seul côté, soit des deux à la fois. Les parois abdominales perdent de leur souplesse et manifestent déjà un commencement de tension. En même temps le toucher vaginal constate un état inflammatoire des organes génitaux ; le col utérin est chaud, douloureux et tuméfié ; les lochies se suppriment, les seins s'affaissent ; il y a de la constipation.

La maladie fait des progrès rapides, malgré les moyens thérapeutiques les plus variés. L'abdomen devient le siége de douleurs pongitives tellement aiguës, que les malades peuvent à peine sup-

porter le poids de leurs couvertures. Elles ne sont plus bornées à l'utérus, mais elles occupent, au bout de douze, vingt-quatre heures, toute l'étendue du péritoine. Alors il y a des vomissements fréquents de matières bilieuses, porracées, un météorisme porté au plus haut degré; la respiration est costale, accélérée, souvent plaintive, l'anxiété extrême, l'asphyxie imminente; les traits sont concentrés, la figure grippée, exprimant la souffrance.

A partir de ce moment, les symptômes inflammatoires disparaissent complètement; la sensibilité péritonéale devient obtuse, l'anxiété diminue, de nouveaux frissons se déclarent, et coïncident avec la prostration et l'affaissement; un délire calme, des rêvasseries fréquentes surviennent; les malades cependant conservent l'intégrité de leur esprit et répondent juste quand on leur adresse la parole; elles vont même jusqu'à prétendre se trouver dans un état d'amélioration certaine et arriver bientôt au terme d'une guérison radicale. Mais les symptômes typhoïdes sont tellement saillants qu'il est impossible de s'y laisser tromper; la figure présente une si grande altération qu'elle n'est plus reconnaissable : les yeux sont excavés, entourés d'un cercle jaune; les traits sont retirés; la peau offre une teinte ictérique des mieux prononcées; les lèvres sont livides; le cou et les extrémités se couvrent souvent de plaques violacées; la respiration, extrêmement précipitée, est incomplète et fait entendre à l'oreille des rhonchus indiquant l'engouement pulmonaire. (Nous avons compté jusqu'à 68 inspirations.) Les bruits du cœur sont sourds et précipités; le pouls filiforme, d'une fréquence incalculable, devient rapidement insensible; il survient en un mot une oppression de toutes les fonctions et une mort pénible après une longue agonie.

Tel a été le tableau que nous ont donné la plupart des malades que nous avons observées. Cependant il n'en est pas toujours ainsi. Après un temps plus ou moins long, mais jamais avant la manifestation des signes annonçant la seconde période de la maladie, éclatent des phénomènes nerveux bien autrement graves que ceux dont nous avons parlé. Après quelques instants de délire calme, celui-ci devient furieux; les malades sont agitées de mouvements saccadés; elles sortent de leur lit, poussent des cris perçants, des vociférations; l'irritabilité est extrêmement prononcée, l'intelligence pervertie. Tout à coup cette surexcitation disparaît et fait place à un coma profond, à une sorte d'anéantissement de toutes les facultés, de toutes les fonctions. Cet état de choses peut se terminer par une mort insensible, dans un mutisme ab-

solu (obs. Ire) ; mais le plus souvent survient un réveil subit annoncé par quelques cris. Les yeux, fermés pendant le coma, sont largement ouverts et fixes ; les ailes du nez, les lèvres, sont agitées de mouvements convulsifs ; les mâchoires sont fortement serrées l'une contre l'autre ; les muscles des membres sont dans une contraction forcée, la parole brusque et entrecoupée. Il y a dans tous ces phénomènes une si grande vivacité, des nuances et des changements tels, qu'il faut les avoir observés pour s'en faire une idée convenable. Ces contractions persistent le plus ordinairement, et la malade meurt en balbutiant quelques mots. (Obs. V.)

En regard d'un état si grave, nous en placerons un autre en apparence tout opposé, et qui cependant a conduit au même résultat définitif, et pour le moins tout aussi rapidement. (Obs. VI.) Quelquefois, en effet, nous avons rencontré des malades chez lesquelles aucun symptôme ataxique ne s'est manifesté. Ce délire typhoïde et calme que d'autres malades nous ont présenté, nous ne l'avons jamais observé chez elles ; l'intelligence a toujours été intacte, le système nerveux n'a jamais offert le moindre trouble, et l'affaissement des dernières heures a été modéré.

Dans presque tous les cas, la mort est rapide : elle arrive quelquefois au bout de trente-six, quarante heures ; mais ordinairement elle attend le cinquième jour.

Si l'angioleucite utérine est traitée énergiquement et convenablement dès son début, il peut survenir des moments de calme, d'amélioration marquée, à la suite desquels le plus souvent elle reprend sa marche envahissante, et conduit plus ou moins rapidement les malades vers une terminaison fatale. Toutefois elle peut marcher, dans quelques cas rares, vers une issue heureuse ; mais alors même nous voyons, dans l'amélioration, de la lenteur, une sorte d'hésitation, et par intervalles des menaces de recrudescence. Quoi qu'il en soit, l'anxiété diminue, le pouls perd de sa fréquence : il n'est plus aussi serré, il prend de la plénitude, conserve ou acquiert de la résistance ; la peau abandonne sa sécheresse, elle devient moite et fraîche ; les douleurs et la tension abdominales disparaissent. Toutefois il reste encore quelque sensibilité que fait percevoir la pression, pendant quelques jours, au niveau de l'utérus et des ligaments larges ; l'écoulement morbide qui se faisait par le vagin perd de sa fétidité, mais les véritables lochies ne reparaissent presque jamais. La fièvre de lait peut également manquer, et les malades n'en arrivent pas moins à la guérison, si elles restent soumises à un traitement rationnel. (Obs. VII.) Quand, après la guérison, les malades marchent trop tôt, qu'il y a en même temps surtout refroidissement ou

constipation, d'autres accidents peuvent se développer : un engorgement des ligaments larges, par exemple ; mais on en triomphe toujours assez facilement.

Dans l'énumération que nous venons de faire des symptômes de l'angioleucite utérine compliquée de péritonite, nous avons omis plusieurs détails intéressants qui se rattachent surtout à la succession des phénomènes, aux nuances qu'ils ont offertes pendant les progrès de la maladie ; mais on les retrouvera dans la lecture de nos observations. Toutefois il en est quelques-uns que nous rappellerons ici, comme une diarrhée séreuse et abondante succédant à la constipation, des taches pétéchiales nombreuses que nous avons quelquefois observées sur divers points du corps dans la dernière période de la maladie. (Obs. II.)

Diagnostic. — L'angioleucite utérine ne peut guère offrir de difficultés dans son diagnostic, si l'on met hors de rang les autres variétés de la fièvre puerpérale. Cependant il n'est pas toujours facile de la distinguer à son début, lorsque le frisson a manqué ou qu'il n'a pas encore eu lieu, des tranchées utérines que peuvent augmenter l'administration préalable du seigle ergoté, des caillots restés dans la cavité utérine, des matières fécales accumulées dans l'S iliaque ou le rectum. Il peut encore y avoir méprise lorsque la maladie confond son début avec la fièvre de lait. Nous dirons à cet égard qu'on ne peut surveiller avec une attention trop scrupuleuse les nouvelles accouchées les jours qui suivent celui de la parturition ; car il serait extrêmement dangereux de regarder comme phénomènes très-ordinaires ce qui caractériserait en réalité le début d'une maladie aussi rapidement mortelle. Nous avons été souvent à la Maternité lorsque la maladie y exerçait ses ravages, et là, chez la plupart des femmes qui en ont été atteintes, nous avons rencontré, bien qu'il n'y eût encore aucun symptôme bien dessiné, un ensemble de circonstances qui ne pouvaient guère laisser de doute sur l'imminence d'une fièvre puerpérale dans un esprit déjà habitué à cette sorte d'examen. Chaque fois, en effet, que nous avons entendu une accouchée se plaindre de soif, d'avoir la bouche pâteuse, le palais sec ; chaque fois que nous l'avons vue suçoter, chaque fois enfin que nous avons constaté cette sorte de tristesse, d'indifférence toute spéciale et que nous ne pouvons définir ; quand en même temps nous avons eu un volume considérable de la matrice, la persistance des coliques ou des tranchées utérines, quelquefois une douleur obtuse à la région sacrée, quoiqu'il n'y eût encore manifestation d'aucun symptôme fébrile, nous étions sûr d'avoir affaire à un nouveau cas de fièvre puerpérale, et bientôt nos prévisions étaient justi-

fiées par des accidents qui ne laissaient plus aucun doute. Nous avons vu chez quelques malades administrer quelques purgatifs, des calmants à l'intérieur ; mais cette médication ne prévenait nullement la maladie. De même, quand les phénomènes de la fièvre de lait sont extrêmement saillants et qu'ils se prolongent, il faut soupçonner quelque chose de plus grave. (Obs. IV.)

Les difficultés deviennent bien plus grandes si l'on veut différencier à son début l'angioleucite utérine de la métrite et de la phlébite utérine. Lorsque ces maladies se déclarent, en effet, tous les symptômes locaux sont concentrés dans le bassin ; dans la phlébite et l'angioleucite, comme dans la métrite parenchymateuse, il y a augmentation de volume et sensibilité de l'utérus ; on observe tout au plus, à cette époque, des nuances du plus au moins qui ne peuvent guère éclairer le diagnostic. Mais après un temps très-court, quelquefois insaisissable, une inflammation du péritoine, venant constamment s'adjoindre à l'angioleuclte, va nous fournir les éléments nécessaires à la localisation de la maladie. Dans la métrite isolée, c'est-à dire l'inflammation pure et simple du parenchyme utérin, nous n'aurons ni les symptômes de la péritonite, ni ceux qui indiquent une intoxication purulente ; l'angioleucite utérine péritonéale reconnaît essentiellement, pour ainsi dire, ces deux ordres de symptômes. Si à la métrite se surajoutait une péritonite, nous aurions encore les phénomènes typhoïdes pour caractères différentiels.

Assez souvent, dans la phlébite, l'inflammation n'atteint pas la séreuse abdominale ; elle est constante, au contraire, dans l'angioleucite. Si l'affection s'étend jusqu'aux veines iliaques, il survient de la douleur dans leur trajet et une *phlegmatia alba dolens* du membre abdominal, chose que nous n'avons jamais constatée dans l'angioleucite utérine.

Nous ne pouvons admettre, avec M. Nonat, que les frissons irréguliers soient exclusifs à la phlébite ; nous les avons presque constamment rencontrés dans l'angioleucite, et si dans quelques cas ils ont semblé manquer, cela tient uniquement à des circonstances particulières qui nous ont empêché de les constater.

Quant à l'inflammation de la muqueuse de la matrice et du vagin, des ligaments larges ; quant aux abcès de cette partie ou de la fosse iliaque, ces maladies sont toujours faciles à distinguer de celles beaucoup plus graves dont nous venons de parler, et que nous considérons comme devant seules être comprises sous le nom général de *fièvre puerpérale*.

Il est une affection qui, quoique n'ayant pas son siége dans les organes de la génération, peut néanmoins, *dans certaines circon-*

stances, être prise pour une fièvre puerpérale : c'est la dothiénentérie. Ainsi nous avons vu des femmes, accouchées depuis huit à dix jours, et à l'époque des épidémies dont nous traçons l'histoire, ayant l'utérus volumineux, offrant une sensibilité abdominale et un météorisme très-prononcés, éprouvant des nausées et des vomissements répétés, cette gêne spéciale et si fatigante, semblable à celle occasionnée par l'inflammation de la séreuse qui tapisse la surface externe de l'estomac, chez lesquelles il existait du délire, une respiration anxieuse et accélérée, un pouls fréquent et dépressible; et cependant elles n'étaient point atteintes de fièvre puerpérale. Nous ne pouvons avoir recours ici à l'existence de la diarrhée ni à celle des pétéchies; elles peuvent exister dans les deux maladies à une certaine époque. Il en est de même de la sécheresse de la langue, à moins que la fièvre puerpérale ne se termine promptement par la mort. *Dans quelques cas de cette nature*, il y a assurément des difficultés à porter *à première vue* un diagnostic précis. Cependant on peut trouver dans l'aspect de la physionomie, dans les circonstances antécédentes, quelques caractères différentiels; et d'ailleurs la marche des accidents, l'altération des traits, la teinte jaune de la peau, symptômes qui vont mettre fin à l'angioleucite utérine, lèveront toute espèce de doute.

Pronostic. — L'angioleucite utérine compliquée de péritonite est une affection d'une gravité extrême, comme il est facile de s'en convaincre par la lecture de nos observations. Dans presque tous les cas, la mort a été le résultat final. Ainsi, en 1842, sur vingt-quatre malades, quatre guérisons et vingt morts; en 1844, sur vingt-deux malades, deux guérisons et vingt morts (1). Mais il faut remarquer que si la maladie a été si fréquemment suivie d'une issue funeste, cela nous a paru dépendre de plus d'une circonstance. Nous devons sans doute placer en première ligne la gravité d'une affection complexe et constituée par deux éléments (angioleucite suppurative et péritonite) qui, pris isolément, occasionnent le plus souvent la mort. Mais il est d'autres circonstances qui nous ont paru avoir contribué au résultat obtenu : c'est l'époque à laquelle les malades ont été admises dans le service de la clinique, époque à laquelle le traitement que nous croyons le plus convenable ne pouvait plus avoir la même efficacité que s'il eût été mis en usage plus tôt; c'est l'état particulier dans lequel se trouvaient quelques-unes de ces accouchées, les unes offrant une anémie portée au plus haut degré, à la suite de mé-

(1) Cette statistique ne comprend que les cas de fièvre puerpérale bien tranchés que nous avons observés au moment des épidémies.

trorrhagies prolongées pendant la grossesse, les autres atteintes déjà d'une albuminurie très-marquée et d'une date non récente. Nous n'avons pu, dans ces cas, recourir qu'à un traitement à peu près insignifiant ; tandis que les malades qui se présentaient à nous avec une bonne constitution, et au début des accidents, couraient au moins les chances attachées à l'influence d'une médication énergique et appropriée à la circonstance.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

7. *Des principales causes de danger dans les accouchements ;* par le docteur VIAL, chirurgien des hôpitaux de Sainte-Étienne (Loire).

(Suite et fin : *voir* t. 158, octobre 1845, p. 98.)

(Bulletin général de Thérapeutique, septembre 1845.)

Inflammations latentes. — Le rôle de l'accoucheur n'est pas fini quand la délivrance de la femme est opérée : il doit encore mettre à contribution toutes les ressources de l'hygiène pour abriter sa malade contre les éventualités morbides auxquelles elle est soumise. Après avoir rigoureusement surveillé le bon état des grands viscères pendant la grossesse, il doit redonbler de zèle et de soins après l'accouchement. *Præcipui puerperarum morbi à suscepto frigore oriuntur, ab animi passionibus, et victu copioso ac frigido*, a dit Baglivi avec beaucoup de raison. Dans ce peu de mots est tracée la conduite du médecin. Une douce température, la paix de l'âme, sont nécessaires ; mais le repos et le régime sont de rigueur pour assurer un rétablissement complet.

On comprendra sans peine le besoin du repos, si l'on veut réfléchir à la mobilité dont jouissent les symphyses pubiennes et sacro-iliaques à la fin de la gestation. Chaussier, dans ses leçons, en a maintes fois démontré l'existence. « Dans la pratique, ajoutait-il, on songe trop peu aux déplacements qu'éprouvent les viscères pendant le cours de la grossesse et aux changements immédiats qui surviennent après l'accouchement. » Les vaisseaux sanguins n'étant plus soutenus, il s'y forme une stase, une congestion qui favorise les inflammations graves toujours trop fréquentes chez les nouvelles accouchées. Un bandage contentif réussit bien à prévenir ces accidents ; mais seul il ne suffit pas : un long repos est de toute nécessité ; il vous assure contre les écoulements, les déplacements de la matrice, les tiraillements, les douleurs sourdes dans le bassin, et tous ces malaises qui traduisent si bien la souffrance de l'organe gestateur. Le lit doit

être gardé quinze à vingt jours, et la femme ne doit pas quitter la chambre avant cinq ou six semaines. A ces conditions bien remplies, mais trop peu observées, la convalescence en général ne laisse rien à désirer.

Le repos est donc bien important; mais le régime l'est peut-être davantage. Chez la femme qui allaite, dont les voies digestives sont en état de grâce, on permet, sans inconvénient, une alimentation, légère d'abord, qu'on rend ensuite de plus en plus substantielle, suivant les besoins de l'économie. Mais chez les personnes dont les digestions s'accompagnent de pesanteur, de gonflement à l'épigastre, dont la bouche amère, pâteuse, semble remplie par une langue rouge ou saburrale, on ne saurait user de trop de sévérité dans le régime, surtout quand tous ces symptômes se compliquent d'une réaction même légère. Dites alors qu'il y a embarras gastrique, gastrite chronique ; donnez à ces malaises le nom qu'il vous plaira, suivant les idées médicales dans lesquelles vous avez été nourri, peu importe : toujours est-il constant que ces phénomènes morbides dénotent un trouble des digestions que la diète et les boissons adoucissantes apaisent assurément, tandis que le moindre écart de régime l'aggrave et réveille ces inflammations latentes, chroniques, dont le passage à l'état aigu est presque le signal d'un revers. Entre plusieurs faits, je n'en choisirai que deux : le premier démontrera le danger d'une alimentation prématurée chez les femmes dont les organes digestifs sont en souffrance; le deuxième prouvera la facilité avec laquelle une douleur quelconque fait revivre les anciennes irritations gastriques.

Obs. I. — Mme N., 25 ans, constitution lymphatique, deuxième grossesse, régime substantiel. Souvent dans la nuit pesanteur à l'estomac, étouffement provoqué par le repas très-copieux du soir. L'heure de l'accouchement sonne ; lenteur du travail, tête lourde, peau chaude, pouls développé. A une heure après minuit, je suis appelé pour assister le médecin ordinaire. Je conseille une saignée; elle n'est faite qu'à onze heures ; l'accouchement a lieu deux heures après. Je laisse la malade aux soins de son accoucheur. Réaction générale légère, mais continue. Potage les premiers jours. Aux cinquième et sixième, quelques gouttes de vin de Bordeaux, petit morceau de volaille. Le septième jour, fièvre violente, un peu de délire. Je suis appelé, et je prescris une forte saignée. Le soulagement est immédiat. On revient aux potages, sous prétexte que la jeune femme allaite ; mais, sans tarder, la digestion est difficile ; l'estomac repousse même la boisson ; la langue est pointillée de rouge, jau-

nâtre, chaude ; la bouche est sèche, la peau brûlante, le ventre douloureux, surtout à l'épigastre. Le pouls est serré et assez fréquent. Je recommande la diète absolue et les adoucissants sous toutes les formes. Malgré nos conventions, le médecin ordinaire, dans la crainte d'un état adynamique, pour plaire peut-être à la famille, administre, à mon insu, un bouillon gras et une potion avec l'extrait de kina. Aussitôt les accidents redoublent d'intensité. J'exige l'avis du doyen de nos médecins : il conseille, comme moi, la diète la plus entière, les boissons adoucissantes, une application de sangsues sur la région de l'estomac. Un amendement se manifeste ; mais il n'est pas de longue durée. Le cas est grave ; les apparences sont fâcheuses. On mande un habile praticien de Lyon, M. le docteur Brachet : il insiste sur l'usage exclusif des adoucissants et de la diète ; il recommande même de revenir aux évacuations sanguines, dans la supposition probable d'une réaction nouvelle. Elle survient en effet, mais avec une telle violence du côté du cerveau, que toute médication est décidément impuissante, et la malade succombe deux jours après sa visite.

A coup sûr, un régime plus sévère pendant la grossesse, une diète plus rigoureuse après l'accouchement, auraient prévenu la catastrophe. Si l'état des voies digestives eût été apprécié, il n'y aurait pas eu de victime.

Obs. II. — Une jeune dame bien constituée éprouve les accidents d'une gastrite aiguë. Elle guérit, en conservant toutefois quelques malaises légers qui disparaissent plus tard pendant le cours d'une grossesse. Après l'accouchement, le régime est sévère, et rien ne rappelle la maladie de l'estomac. Au bout de quelques jours, la convalescence s'annonce complète ; mais un abcès se forme dans le sein. Les douleurs de cet organe s'irradient aussitôt vers l'estomac, dont les anciennes souffrances se réveillent et se caractérisent par la sensibilité épigastrique, des nausées, le gonflement, la rougeur, la chaleur et l'état saburral de la langue. Sous l'influence de moyens convenables, le dépôt guérit, et en même temps les symptômes gastriques s'amendent. La santé semble revenir, la digestion s'accomplit très-bien, lorsqu'une dent cariée devient le siége de douleurs aiguës et provoque le retour subit des accidents de l'estomac. Rien ne les calme que la cessation de la névralgie dentaire.

C'est bien le cas de dire ici que toutes les douleurs aboutissent à l'épigastre. Le plexus nerveux dans lequel est enlacé l'estomac, ou plutôt l'atmosphère nerveuse dans laquelle il vit, en fait le centre où viennent rayonner et retentir toutes les sensations de

plaisir et de douleur. Voilà pourquoi cet organe est si impressionnable et si souvent affecté. Aussi F. Hoffmann proclame-t-il bien haut l'autocratie qu'il exerce sur l'économie entière. « Aucune partie du corps, dit-il, dans sa *Médecine raisonnée*, n'est le foyer de plus de maladies que le canal alimentaire; aucune, comme l'estomac, n'a des sympathies aussi étroites, aussi évidentes avec tous les organes, de manière qu'il se ressente de leur moindre maladie. » Baglivi, de son côté, prétend que chez les nouvelles accouchées les purgatifs doivent être évités comme la peste : *In puerperis, tanquam pestis, fugienda sunt purgantia.* Si maintenant l'on veut admettre, avec Bordeu d'abord, ensuite avec Broussais, la nature inflammatoire des affections chroniques, il sera difficile de ne pas comprendre l'importance d'un régime sévère et des remèdes adoucissants dans l'état puerpéral. Là surtout il faut, comme le dit encore Baglivi, se méfier de la manière d'agir des médecins vulgaires, qui ne savent guérir les maladies qu'en rassasiant l'estomac de sirops, de conserves et de mille poudres inutiles : *Evertendo morem et consuetudinem vulgarium medicorum qui alia ratione curare morbos nesciunt quam satiando stomachum sirupis, conservis et mille nugivendulis pulveribus.* Dans une maladie qui dura dix-sept jours, le médecin de lord Byron lui fit dix-sept visites et dix-sept ordonnances : « Je ne me servirai plus de cet homme, dit le grand poëte : mon mal n'a pas changé chaque jour, pour exiger chaque jour un remède nouveau. » Lord Byron pensait très-sagement. La grande majorité s'imagine que la médecine n'est que l'art de donner des drogues, et que le plus habile médecin est celui qui en administre le plus. Cette opinion est des plus erronées sans doute ; mais une longue prospérité lui est acquise, tant que l'ignorance, la cupidité et l'industrialisme seront intéressés à l'exploiter.

---

8. *Traitement des gourmes ;* par M. Trousseau, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris.

(Suite : *voir* t. 158, octobre 1845, p. 117.)

(Journal de Médecine de M. Trousseau, novembre 1845.)

On se rappelle que j'ai essayé d'indiquer les cas dans lesquels il était convenable d'intervenir, soit pour arrêter, soit pour modérer la maladie. Ces points une fois établis, il me sera plus facile de traiter ce qui concerne la thérapeutique.

Les excoriations superficielles que l'on observe derrière les oreilles des petits enfants, au pli des cuisses et dans les points

où les bourrelets de la peau se rencontrent, se manifestent presque toujours par suite de l'incurie des parents, et, par conséquent, ne peuvent être considérées que comme le résultat d'une irritation locale, au même titre qu'une plaie faite par les cantharides ou par l'alcali volatil. Si ces accidents surviennent, comme c'est le plus ordinaire, chez des enfants gras et bien portants, il faut à tout prix les guérir et les guérir le plus vite possible. J'ai supposé que, avant leur apparition, la santé était fort bonne, qu'elle reste la même depuis que l'irritation locale s'est manifestée : on comprend que je tiendrais un autre langage si au contraire une amélioration notable de la santé avait coïncidé avec les suppurations extérieures.

Dans beaucoup de cas, les soins de propreté suffisent seuls pour la guérison ; les lotions chaudes souvent répétées, les bains savonneux, l'application de la poudre de lycopode, quelquefois l'interposition d'un linge enduit de cérat ou d'huile d'olive, concourent à la prompte dessiccation des surfaces irritées. On pourrait encore, si le mal était rebelle, user d'une pommade de précipité blanc : un gramme pour dix grammes d'axonge ou de cérat de Galien. Bien souvent, pour guérir l'intertrigo qui occupe le derrière des oreilles, il suffit de serrer moins le bonnet des enfants et d'empêcher par un moyen quelconque que la peau ne soit en contact avec elle-même.

L'impétigo, l'eczéma impétigineux, l'ecthyma, demandent un traitement particulier, dans leur forme aiguë. — J'avoue que je regarde les deux premières comme étant souvent des affections éruptives, c'est-à-dire comme des pyrexies que je place à côté de la varicelle, de la variole, de la scarlatine, de la rougeole, de l'érythème noueux, etc. Cette opinion, que sans doute beaucoup de mes confrères ne partagent pas, m'impose la loi de respecter la manifestation extérieure. Je regarderais donc comme fort périlleux tout moyen capable de faire disparaître trop rapidement l'éruption ; mais ces craintes ne vont pas jusqu'à la favoriser, jusqu'à faire de mon mieux pour en exagérer les effets.

Depuis Sydenham, tous les vrais praticiens savent à merveille que les efforts de la médecine doivent tendre à empêcher les maladies éruptives d'être confluentes ; car la confluence dans la rougeole et dans la scarlatine est presque aussi périlleuse que dans la variole : et si l'Hippocrate anglais recommande la saignée et le régime antiphlogistique pendant la fièvre d'ébullition, dans le but de rendre l'éruption moins forte ; si, l'éruption venue, il fait un précepte essentiel de ne pas charger les malades de couvertures et de ne donner que des boissons tempérantes ; si même il

n'hésite pas à faire lever les malades pendant tout le cours de l'éruption, pourquoi craindrions-nous de modérer la fluxion impétigineuse et de la resserrer dans des bornes aussi étroites que nous le pourrons sans compromettre la santé? Dès le début de l'impétigo et de l'eczéma aigu simple ou impétigineux, je prescris des bains prolongés, la diète, ou tout au moins un régime ténu, des boissons acidulées et de légers laxatifs. Je recommande de ne pas trop couvrir les enfants, de les laisser levés. Je prescris des soins de propreté excessifs, et par-dessus tout j'insiste pour qu'on empêche les petits malades d'écorcher leurs boutons et de semer, avec leurs ongles, le mal sur le reste du corps.

Telle est ma règle de conduite tant que dure la fièvre. Or, la fièvre est, dans mon opinion, l'indice du molimen éruptif; et, la fièvre cessée, la maladie pour moi cesse d'être générale. Je n'ai plus que des lésions cutanées, une maladie de peau, que désormais j'attaquerai par tous les moyens les plus propres à la faire vite disparaître.

Malheureusement ces impétigo succèdent souvent à la rougeole et à la scarlatine; et le grand ébranlement causé par ces deux graves maladies impose des règles de prudence qu'il est dangereux de transgresser.

Il faut savoir si des organes internes n'ont pas été atteints dans le cours de la maladie, si, par exemple, le poumon n'a pas été enflammé avant l'apparition de l'impétigo ou de l'eczéma : dans ce cas, il est à craindre qu'en faisant trop tôt cesser la maladie nouvelle on ne fasse reparaître l'ancienne; et même, lorsque le poumon n'a pas été atteint, il est souvent à craindre qu'il ne le soit plus tard après la guérison de l'impétigo ou de l'eczéma; comme si ces dernières affections avaient été des phénomènes critiques dont la trop prompte disparition devrait entraîner les troubles résultant de l'interversion ou de la rétrocession des actes éliminatoires. Je m'explique : si nous supposons que la rougeole et la scarlatine sont le résultat d'une infection spéciale agissant à la manière d'un ferment multiplicateur, nous ne pouvons non plus nous refuser à croire que le principe morbifique tend d'une manière presque nécessaire vers la peau, les membranes muqueuses du nez, de la bouche, de la gorge, du canal alimentaire, dans la scarlatine; tandis que, dans la rougeole, le nez, les yeux, la membrane muqueuse pulmonaire, sont, avec le tégument externe, plus particulièrement atteints. La nécessité de ces crises multiples est telle, quand la maladie a une certaine gravité, et celle de la peau surtout est tellement nécessaire alors, que, si elle ne se fait pas dans une certaine mesure, les organes internes

se prennent avec une violence proportionnée au peu de fluxion dont la peau a été le siége. L'éruption est donc une espèce de sauvegarde; mais, remarquez bien que, nonobstant l'éruption, il n'y en a pas moins eu une irritation bronchique, et que les phlegmasies pulmonaires sont, pendant assez longtemps, faciles et imminentes. Que si, l'éruption passée, il se fait un nouveau travail fluxionnaire vers la peau, ce travail peut être quelquefois considéré comme un complément d'élimination, et, de toutes manières, comme un acte pathologique antagoniste, lequel aura également pour résultat de préserver les poumons menacés. Ce que je dis de la rougeole, je le dirais de la scarlatine. On peut donc établir en principe que les gourmes qui succèdent aux maladies éruptives doivent être seulement modérées dans leur début, et guéries ensuite avec de grands ménagements.

Il est quelques circonstances pourtant où, même après la rougeole et la scarlatine, la prudence que je recommande ici serait peut-être hors de raison : c'est le cas où, après la scarlatine, par exemple, il surviendrait ou des phlegmasies violentes de la membrane muqueuse oculaire, ou bien une inflammation eczémateuse très-vive derrière les oreilles. Dans le premier cas, le mal peut faire assez rapidement de tels progrès que le globe de l'œil soit envahi, ou que le canal nasal vienne à s'oblitérer ; accident malheureusement trop commun à la suite de la scarlatine. Dans le second, l'irritation des ganglions cervicaux qui succède à l'eczéma arrive rapidement à ce point que de vastes bubons se manifestent au cou et causent des désordres locaux et généraux qui peuvent être mortels. Il faut donc, dans ce cas, éteindre à tout prix et le plus promptement possible les inflammations locales qui, à cause de leur siége, peuvent être l'occasion d'accidents plus redoutables que tous ceux que l'on pourrait craindre en admettant une répercussion.

Je viens de supposer une fièvre éruptive et une phlegmasie cutanée chronique venant à la suite. Pour combattre cet accident nouveau, j'attends en général assez longtemps; puis quand j'ai lieu de supposer que les organes internes sont désormais hors de cause, j'attaque les gourmes par les moyens que je vais indiquer tout à l'heure.

Quand au contraire la maladie chronique de la peau succède d'emblée à l'impétigo ou à l'eczéma aigus, je n'ai plus, pour attendre, les mêmes motifs que tout à l'heure, et je procède tout de suite au traitement.

Les bains généraux et locaux, les lotions, les pommades, les

purgatifs, les vésicatoires, les dépuratifs, forment l'arsenal thérapeutique auquel j'ai recours ordinairement.

Les bains alcalins sont ceux que j'emploie le plus souvent quand la maladie cutanée s'accompagne de démangeaisons. Pour soixante-quinze à cent litres d'eau que contient une baignoire d'enfant, je prescris habituellement de trente à cinquante grammes de sous-carbonate de soude ou de potasse. Ces bains ont but pour de nettoyer merveilleusement la peau en se combinant avec toutes les matières grasses qui la recouvrent, de ramollir les croûtes et de modérer le prurit. Ce dernier avantage n'est point à dédaigner. Que de fois nous voyons les pauvres enfants se déchirer avec leurs ongles ! nous les trouvons dans leur berceau couverts de sang, et chaque nuit ils détruisent le travail de cicatrisation qui s'est fait dans la journée. Il faut leur attacher les mains, soit sur les côtés de leur maillot, soit aux montants de leur lit ; mais, consumés dans une rage impuissante, ils poussent des cris horribles, s'agitent en tous sens, frottent avec fureur leur dos, leur tête contre les draps, contre les oreillers, contre les vêtements de leur nourrice, jusqu'à ce que, ayant remplacé la démangeaison par la cessation de la cuisson, ils s'endorment épuisés de fatigue.

Avec l'eau du bain, il conviendra de faire des lotions fréquentes sur le visage, sur la tête, si toutefois ces parties sont atteintes elles-mêmes, et, deux ou trois fois dans la journée, ces lotions seront répétées en se servant d'une solution un peu plus active que celle du bain.

Ces bains alcalins conviennent aux formes sèches de l'eczéma, au lichen, au pityriasis.

Mais quand l'eczéma est très-vif, qu'il s'accompagne de fortes rougeurs et d'un écoulement abondant, les bains mercuriels méritent la préférence. Je compose ces bains en jetant dans cinquante à soixante-dix litres d'eau un flacon contenant deux à trois grammes de sublimé corrosif dissous dans vingt à trente grammes d'alcool.

Les bains mercuriels ont été blâmés par quelques médecins prévenus, avec une telle vivacité que je suis tout d'abord obligé de répondre aux inculpations dont ils ont été l'objet. Chacun sait que, dès le siècle dernier, beaucoup de charlatans étaient en possession d'un liquide miraculeux dans le traitement des dartres : ce liquide était tout simplement une solution de sublimé. De nos jours, Wedeking, en Allemagne, essaya les bains mercuriels d'abord dans les maladies cutanées syphilitiques susceptibles de prendre tant de formes, et, encouragé par le succès, il

appliqua le même remède à des formes dartreuses plus ou moins voisines, mais qui n'avaient rien de vénérien. A son grand étonnement, la guérison ne fut ni moins rapide ni moins sûre. Elargissant alors le cercle de ses expériences, il n'hésita pas à traiter par les bains de bichlorure de mercure toutes les maladies dartreuses, et il prétendit guérir par ce moyen tout ce que les autres remèdes pouvaient guérir et bien des dartres contre lesquelles les autres méthodes restaient impuissantes.

Depuis quatorze ans, j'ai adopté la méthode de Wedeking dans ma pratique particulière et dans les services d'hôpital à la tête desquels j'ai été placé ; et depuis quatorze ans j'ai eu tant à me louer des bains mercuriels, dans toutes les formes des maladies de la peau, que je ne saurais trop répéter ici ce que je répète chaque année dans mes cours de la Faculté, savoir : que ces bains doivent être le moyen thérapeutique le plus universellement adopté par les praticiens dans le traitement de toutes les dartres.

Quant aux dangers qui peuvent en résulter, je déclare qu'ils sont nuls. On peut relever sur les cahiers de visites de mon hôpital le nombre de bains de sublimé que je donne chaque année : ce nombre s'élève à plus de mille ; car il y a peu de jours où je ne donne trois ou quatre bains. Or, je le déclare, et, sur ce point, j'en appelle au témoignage des médecins et des élèves qui suivent ma visite ou mes conférences cliniques, *jamais je n'ai vu résulter le plus léger accident de l'administration de ces bains* (1). Or, je n'ai, depuis cinq ans, qu'un service de femmes et de petits enfants : je donne ces bains aux femmes les plus débiles, aux enfants les plus jeunes, et chaque jour je m'affermis dans l'idée de l'innocuité de cette médication.

J'ai plongé dans ces bains des enfants atteints d'eczémas qui avaient dépouillé presque la moitié du corps ; il n'en résultait aucun accident d'absorption, et l'épiderme se régénérait en peu de jours. La durée de ces bains est, pour les enfants en très-bas âge, de quinze minutes tout au plus ; d'une demi-heure pour les enfants âgés de plus d'un an. Si l'on veut réfléchir à la dose de sublimé contenue dans ce bain, on verra combien est minime la quantité qui est en contact avec la peau. Deux grammes de bichlorure de mercure dissous dans trente litres d'eau supposent

(1) Quand je dis *que je n'ai jamais vu résulter le plus léger accident de l'administration de ces bains*, je ne prétends pas que la maladie de peau n'a jamais été aggravée, ou que, cette maladie étant guérie, il n'y a pas eu ultérieurement des accidents causés par l'inopportunité de la guérison : ce que je veux dire, c'est que *jamais les bains de sublimé n'ont donné lieu aux accidents toxiques les plus légers.*

quatre centigrammes par litre ; dose incroyablement faible, et vingt fois moindre que celle que nous employons tous les jours pour des fomentations, pour des injections vaginales, pour des lotions, etc., etc.

Les formes les plus graves de l'eczéma, le lichen, l'érythème, l'eczéma impétigineux, obéissent vite aux bains mercuriels.

Je n'ai pas besoin de dire que ce moyen est le mieux applicable aux syphilides si communes chez les enfants à la mamelle.

Dans l'impétigo simple, à l'état chronique, les bains sulfureux me semblent mieux réussir que les bains de sublimé et que les alcalins ; je les compose ordinairement avec le foie de soufre, sans addition d'acide. Deux à six grammes de sulfure de potassium pour un bain de cinquante à soixante-dix litres suffisent ordinairement.

Je n'ai pas besoin de dire que l'on doit faire avec l'eau du bain des lotions sur les parties qui ne plongent pas dans la baignoire.

Mais les bains sulfureux sont particulièrement indiqués chez les enfants couverts de furoncles ou de petits abcès sous-cutanés. Sous leur influence, on voit rapidement la diathèse furonculaire diminuer et s'éteindre, et les abcès, qui se multipliaient à l'infini, devenir et moins nombreux et moins grands, pour disparaître enfin entièrement.

Je suis loin de supposer que les bains alcalins, mercuriels et sulfureux n'agissent que comme un moyen purement topique. Sans doute l'action topique ou directe est la plus puissante, puisque nous voyons une pommade alcaline, hydrargyrique ou sulfureuse, guérir une lésion cutanée très-circonscrite lorsque l'application de la pommade n'a pas dépassé les limites de la lésion : dans ce cas, de toute évidence, on ne peut invoquer comme moyen curatif l'action indirecte du médicament ; mais nous savons que les bains de soude peuvent avoir sur l'économie tout entière une influence telle que les urines, d'acides, deviennent neutres ou alcalines. Nous savons que les bains de sublimé guérissent parfaitement des affections syphilitiques constitutionnelles telles que les exostoses, les phthisies laryngées vénériennes, des coryzas chroniques : dans ces deux cas, il faut donc admettre que le remède a été absorbé et qu'il a agi sur toute la masse.

L'odeur des excrétions et des sécrétions démontre d'une manière tout aussi évidente que le principe sulfureux est absorbé.

Or, ces agents influencent puissamment l'économie : les alcalins et les mercuriaux, en changeant la crâse du sang, en augmentant, en modifiant certaines sécrétions. Leur usage interne

est indiqué dans le traitement de certaines dyscrasies, telles que les dyscrasies goutteuses, rhumatismales, syphilitiques. Disons qu'il l'est également dans les dyscrasies dartreuses ; et l'expérience a prouvé que les alcalins et les mercuriaux mettaient l'économie dans de telles conditions, que les manifestations herpétiquès étaient et moins fréquentes et moins violentes.

N'entrons pas plus avant dans l'interprétation d'un fait qu'il faut seulement constater, et cette constatation suffira pour nous faire comprendre qu'en effet, comme je le disais tout à l'heure, il y a autre chose qu'une médication topique dans l'emploi des bains alcalins et mercuriels.

Ce que je viens de dire s'appliquerait parfaitement aussi aux sulfureux.

Quand les lésions ne s'étendent qu'à une partie fort circonscrite de la peau, les lotions et les pommades doivent remplacer les bains.

Les lotions seront de la même nature que les bains : seulement, comme le contact du liquide est nécessairement plus rapide et plus passager, il conviendra de rendre la dose du médicament beaucoup plus forte. Il est difficile de rien prescrire de rigoureux à cet égard ; la dose dépend et du degré de susceptibilité de la peau, et de la nature de la lésion. Je dois dire pourtant que le médecin ne doit pas craindre d'exagérer les doses ; l'irritation un peu vive qui résulte immédiatement du contact du médicament tourne au profit de la lésion. C'est surtout pour le sulfure de potassium qu'il ne faut pas craindre d'augmenter les doses : dans le traitement des gourmes du cuir chevelu, on peut faire avec tout avantage des solutions tellement concentrées qu'elles sont presque caustiques. Ces solutions sont portées sur les parties malades, soit avec une éponge, soit avec une compresse, soit avec un gros pinceau.

La température de l'eau qui sert aux lotions n'est pas non plus indifférente. Il faut en général que l'eau soit chaude, très-chaude, aussi chaude que le malade peut la supporter. Ce précepte thérapeutique, si étrange au premier abord, cesse de le paraître autant lorsqu'on admet que bien probablement l'extrême efficacité des douches de vapeur, dans le traitement de la plupart des maladies chroniques de la peau, tient à la haute température de la vapeur ; lorsqu'on voit certains empiriques guérir des maladies de peau très-rebelles avec des infusions de cerfeuil, de mélilot, de laitue, qui certes n'ont pas grande vertu, mais qu'ils appliquent à une température très-élevée.

Quelques médecins sont dans l'usage d'appliquer sur quelques

parties atteintes de phlegmasies dartreuses, par exemple sur les paupières, sur les oreilles, des compresses imbibées d'eau de guimauve tiède, qu'on laisse longtemps en contact avec les tissus. Je ne crois pas qu'il existe de médication plus irritante. Il se passe peu de mois que je ne voie arriver, dans mon hôpital, de pauvres enfants qui n'avaient d'abord qu'une ophthalmie insignifiante, et qui, traités par ces fomentations prétendues émollientes, ont pris bientôt un eczéma impétigineux des plus graves, qui occupe presque exclusivement les parties de la peau placées sous la compresse, et, dans quelques cas, l'inflammation pustuleuse se propage à la cornée qu'elle ulcère et qu'elle perfore.

Je ne saurais donc trop engager mes confrères à s'abstenir d'une médication qui n'est presque jamais utile et qui très-souvent est dangereuse.

Parmi les pommades que l'on applique sur les parties affectées de gourmes, celles dans la composition desquelles entre le mercure occupent incontestablement le premier rang.

Le précipité blanc, le calomel, sont en général préférables au précipité rouge. Pourtant il n'est permis de rien dire d'absolu à cet égard. Dans les affections en apparence identiques, tel enfant se trouve mal de l'application du précipité blanc, qui sera guéri rapidement par l'oxyde rouge de mercure ; le contraire aura lieu quelquefois.

L'axonge, chez quelques enfants, vaut mieux que le cérat ; d'autres se trouvent plus tôt guéris par une pommade dont le cérat fait la base.

Le précipité blanc et le calomel s'emploient à la dose de un gramme pour cinq à dix grammes d'axonge ou de cérat ; — le précipité rouge, à dose moitié moindre.

Pour quelques maladies du cuir chevelu, les pommades alcalines ou sulfureuses l'emportent sur les pommades mercurielles ; cela a lieu surtout pour les formes humides et croûteuses. Pour les formes sèches et squammeuses, une pommade de goudron, une pommade mercurielle, une pommade avec le sulfate ou l'oxyde de cuivre, rendront souvent de grands services; mais je ne saurais trop répéter qu'il faut tâter de ces différents moyens, ne pas se laisser trop encourager par les succès antérieurs, ne pas se décourager si un moyen efficace sur tant d'autres ne répond plus aujourd'hui à notre attente, et rester bien pénétré de cette idée, que, pour un même mal, le médecin doit avoir toujours un certain nombre de remèdes qui trouveront un jour chacun son application.

Il me reste maintenant à parler des vésicatoires et de la médication dite dépurative.

(La suite à un prochain numéro.)

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

9. *De l'autoplastie appliquée au traitement des anus contre nature. — Observation d'anus contre nature.— Guérison* ; par M. Jobert (de Lamballe), chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

(Bulletin général de Thérapeutique, septembre 1845.)

Les anus contre nature, comme on le sait, livrent passage à la plus grande partie ou à la totalité des matières fécales, et les fistules stercorales, au contraire, ne donnent issue qu'à une très-faible quantité d'excréments. Pendant longtemps on a confondu, et encore maintenant quelquefois on confond à tort ces deux degrés, il est vrai, de la même maladie, qui diffèrent essentiellement quant à la terminaison et à l'emploi des moyens propres à combattre ces deux infirmités si graves et si dégoûtantes.

C'est principalement sous le point de vue thérapeutique que nous voulons examiner les anus contre nature, et notre intention est d'étudier les causes qui apportent un obstacle sérieux à leur guérison. C'est là que tous les efforts du chirurgien doivent aboutir; car tout se résume, en médecine, dans une question de thérapeutique.

Jusqu'à nos jours, le traitement des anus contre nature consistait à détruire l'éperon et à oblitérer l'ouverture extérieure par la compression, la suture, les dérivatifs et un régime convenable, etc. Cela est si vrai que Dupuytren, après avoir détruit la cloison intestinale, s'est trouvé plusieurs fois dans l'embarras pour compléter une guérison qui n'était que commencée. On s'occupait alors fort peu de généraliser l'autoplastie, et on peut dire que l'oblitération de l'ouverture anormale par ce moyen de réparation est toute moderne.

Il me semble maintenant prouvé par les faits et l'expérience que l'autoplastie pourra être employée avec succès dans tous les cas où l'anus contre nature ne se sera pas fermé de lui-même, aidé par les efforts du chirurgien.

Je suis heureux d'avoir le premier démontré par l'expérimentation qu'on peut fermer une plaie intestinale comme on bouche une ouverture anormale sur d'autres parties du corps. Je ne vois pas plus de difficulté à réparer une perte de substance faite au

canal intestinal par une cause quelconque, qu'à remédier à une semblable lésion placée dans une autre région de notre organisme.

Pourvu que l'autoplastie soit pratiquée ici avec tout le soin désirable, on verra, nous n'en doutons aucunement, les observations de guérison se multiplier. C'est, encore une fois, le meilleur mode de traitement pour rétablir le cours des matières par la voie naturelle.

Je vais commencer par rapporter une observation importante prise dans mon service. Je la ferai suivre de considérations thérapeutiques sur les anus contre nature.

Beauby, cocher, âgé de quarante-cinq ans, est entré à l'hôpital Saint-Louis, le 3 juillet 1844, pour y être traité d'un anus anormal siégeant à la région inguinale gauche, survenu à la suite d'une hernie étranglée.

Interrogé sur la manière dont s'est développé l'anus contre nature, le malade fournit les renseignements suivants : une hernie inguinale qu'il portait depuis six ans environ s'étrangla il y a deux ans ; des coliques, des vomissements, une douleur vive dans la tumeur, annoncèrent l'accident, pour lequel on dut pratiquer, le 2 décembre 1842, une opération à la Maison royale de santé. L'étranglement durait depuis six jours. Au dire du malade, immédiatement après l'opération, les matières fécales s'échappèrent par la plaie et continuèrent depuis à salir les pièces d'appareil. Six semaines après l'opération, il existait une solution de continuité qui livrait passage aux matières fécales, dont aucune partie ne s'échappait par l'anus naturel.

Plus tard, on appliqua l'entérotome à diverses reprises. Malgré l'application réitérée de cet instrument, le malade n'éprouva pas d'amélioration notable ; les matières ne passaient qu'en petite quantité et à de longs intervalles par l'anus naturel. Il sortit de la Maison de santé après y avoir séjourné sept mois.

Il entra ensuite dans un autre hôpital : le chirurgien de service, après avoir avivé les bords de la solution de continuité au moyen de cautérisations faites avec le nitrate d'argent, appliqua sur les lèvres une pince formée de deux branches garnies de coussinets et pouvant être serrées avec force au moyen d'une vis. Ce traitement dura deux mois et produisit un léger resserrement dans l'anus accidentel, qui laissait passer la totalité des matières fécales. On eut alors recours à un autre mode de traitement : après avoir avivé comme précédemment les bords de l'ouverture anormale, on pratiqua la suture entortillée ; mais au bout de vingt-quatre heures les tissus étaient coupés ; l'opération échoua.

On tenta de nouveau les cautérisations, pratiquées à cinq ou six jours d'intervalle. Enfin le malade sortit encore de cet établissement, le 2 juin 1844, sans avoir éprouvé d'amélioration.

Un mois après, il entra à l'hôpital Saint-Louis dans l'état suivant : au pli de l'aine gauche, à égale distance du pubis et de l'épine iliaque antéro-supérieure, au-dessus de l'arcade de Fallope, on voit une ouverture, de forme à peu près circulaire, de 3 centimètres et demi de diamètre : les bords en sont radiés, et le fond rougeâtre est formé par la muqueuse intestinale, qui est épaisse et comme boursoufflée; une sonde, introduite par l'anus anormal, pénètre profondément, soit en haut, soit en bas, dans les portions d'intestins qui lui correspondent. Les matières, par leur couleur, leur odeur et leur consistance, dénotent que la lésion correspond au gros intestin. Du reste, l'appareil digestif ne présente rien de particulier dans ses fonctions, et l'état général est très-satisfaisant.

Le 18 juillet, je pratiquai une autoplastie pour remédier à cette infirmité. Deux heures après l'opération, il survint une hémorrhagie qui nécessita l'emploi de la compression : celle-ci dut être continuée le lendemain ; et le troisième jour, le lambeau était gangrené à sa base. Les jours suivants, les points de suture se détachèrent, et la partie du lambeau qui était demeurée vivante se rétracta peu à peu vers son pédicule. Dès lors il ne fallait plus compter sur le succès de cette opération. Le malade fut laissé en repos pendant quelque temps.

Un mois après cette opération, les parties étaient revenues à leur état primitif, sauf la région sur laquelle avait été taillé le lambeau, et qui offrait une plaie en voie de cicatrisation.

Au mois de septembre 1844, je tentai la cautérisation des bords de la plaie avec le nitrate d'argent d'abord, puis avec le fer rouge. Sous l'influence de ce traitement, continué jusqu'au mois d'octobre, la solution de continuité avait un peu diminué d'étendue. Le 8 octobre, j'essayai de fermer l'ouverture anormale par l'opération suivante :

Après avoir fait une perte de substance sur les côtés et à une petite distance des lèvres de l'anus anormal, je rapprochai les parties molles à droite et à gauche au-devant de l'ouverture accidentelle, et les maintins en contact au moyen de six points de suture entortillée. Les parties molles ainsi réunies laissaient entre elles et aux extrémités du sillon longitudinal qu'elles formaient par leur adossement, deux angles rentrants au fond desquels on voyait une partie de la paroi abdominale parfaitement saine.

Le 9. Il n'est point sorti de matières fécales, et la réunion est aussi exacte que la veille.

Le 10. L'angle inférieur de la plaie laisse suinter un peu de matières liquides.

Le 11. Il en fut de même pour l'angle supérieur. J'enlève alors les deux épingles qui avoisinaient les extrémités de la plaie ; je laisse en place celles qui en rapprochent la partie moyenne.

Le 14 octobre. Je retirai les dernières épingles, et on put apercevoir au-devant de la solution de continuité un large pont cutané, au-dessus et au-dessous duquel existent deux orifices qui livrent passage aux matières fécales ; chaque jour ce pont augmente d'étendue ; les orifices inférieur et supérieur sont cautérisés avec la pierre infernale et diminuent de calibre ; de telle sorte qu'il ne s'écoule plus par l'ouverture accidentelle qu'une très-petite quantité de matières liquides.

Le 19 novembre. Le malade se trouve dans l'état suivant : à la région inguinale du côté gauche, on voit : 1° un tissu cicatriciel, blanchâtre, ferme et résistant, indice de la réunion des parties molles ; 2° aux extrémités de cette ligne, deux enfoncements formés par la peau saine de la paroi abdominale ; 3° au centre de ces enfoncements, deux trous inégaux, dont l'inférieur est plus étendu que le supérieur, et qui laissent suinter quelques gouttes de matières fécales liquides.

Le 14 août 1845, Beauby se présenta à l'hôpital Saint-Louis, qu'il avait quitté depuis plusieurs mois ; je pus constater à cette époque que la guérison était complète. La région de l'aine ne présente plus de fistule stercorale et porte seulement la trace des diverses opérations pratiquées : en haut, au voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure, les restes d'un lambeau rétracté vers son pédicule ; au-dessous, une cicatrice oblique dans le sens du cordon spermatique, résultant de l'agglutination des téguments dont l'adossement a amené la guérison définitive. Cette cicatrice est déprimée en forme de rigole, et limitée latéralement par deux replis cutanés ; à ses extrémités inférieure et supérieure, elle offre deux enfoncements qui sont pendant longtemps fistuleux. Sous l'influence de la toux, des efforts, cette cicatrice se soulève et se déplisse, la région inguinale est surmontée par une tumeur molle, descendant jusqu'à la moitié de la hauteur du scrotum. La tumeur est facilement réductible par la pression de la main ou d'un bandage, et quand la réduction est opérée, on sent avec le doigt une large ouverture qui représente le canal inguinal. La cicatrice est partout complète et bien organisée, il ne se fait aucun suintement stercoral. Depuis trois mois, Beauby

a repris son travail de cocher ; ses digestions s'exécutent bien, jamais il n'éprouve de coliques, ses garderobes sont régulières. Il soutient la région inguinale avec un bandage.

— Les symptômes éprouvés par ce malade, l'état de sa santé générale, les caractères des matières versées par l'ouverture anormale, indiquaient bien que le gros intestin avait été gangrené et que l'anus contre nature était établi à ses dépens. On sait en effet que dès que l'ouverture est rapprochée du duodénum, les matières sont liquides, bilieuses ; leur sortie suit de près l'ingestion des aliments, la nutrition devient languissante, les malades maigrissent.

Quoique l'éperon ait été détruit chez notre malade, les matières fécales n'en étaient pas moins versées en abondance et à peu près en totalité par l'ouverture extérieure. Ceci démontre, ainsi que Dupuytren l'avait parfaitement compris lui-même, que la chose la plus difficile n'est pas de détruire l'éperon, mais bien de fermer l'ouverture extérieure. Aussi voyons-nous que malgré plusieurs applications successives de l'entérotome, l'état du malade demeurait toujours le même ; c'est alors que la suture, la compression, la cautérisation, ont été successivement mises en usage sans de grands avantages, si ce n'est une faible diminution dans le diamètre de l'ouverture.

Pourquoi donc, après la destruction de l'éperon, n'a-t-on pas vu les matières prendre leur cours naturel et l'ouverture anormale disparaître? C'est qu'ici il ne s'est pas formé d'infundibulum ; il ne pouvait pas même s'en former, les parties gangrenées s'étant séparées dans une grande étendue, et l'intestin étant venu prendre des adhérences sur les parties molles du scrotum et de la région inguinale. L'intestin ne s'est pas retiré dans le canal inguinal, dont une partie a été elle-même frappée de gangrène ; si bien qu'il n'existe plus, du canal en question, qu'un large trou par où tendent à faire hernie d'autres viscères contenus dans la cavité abdominale ; le sac, d'ailleurs, avait été en grande partie frappé de mortification et ne pouvait plus servir à la formation de l'infundibulum. Jusqu'à présent, nous n'avons pas encore observé un infundibulum formé par le sac herniaire ; dans tous les cas où nous l'avons rencontré, il était créé par une membrane pyogénique : quant à l'intestin, il était souvent adhérent au pourtour de l'orifice abdominal par l'intermédiaire d'une fausse membrane sécrétée par la tunique péritonéale. On comprend qu'alors qu'il existe un trajet organisé quelconque placé entre l'ouverture extérieure et les deux bouts de l'intestin, on comprend, dis-je, que la guérison puisse être obtenue de la

manière suivante : 1e le trajet commence à se rétrécir de l'extérieur vers l'intérieur ; 2° il s'oblitère dans le même sens. Cependant il peut se faire que la guérison s'opère de l'intestin vers l'extérieur à mesure que ce viscère rentre dans la cavité abdominale par les tractions du mésentère.

D'après nous, le sac herniaire est détruit en totalité ou en grande partie par les matières fécales lorsque celles-ci se répanpent dans son intérieur ; il est bien difficile que cette membrane prolongée du ventre résiste au contact des matières fécales, et ce n'est que lorsque des adhérences se sont établies entre l'intestin et le sac herniaire que celui-ci est conservé. Mais si ces adhérences deviennent solides, si elles s'établissent avec les parties environnantes, l'intestin ne se retire qu'avec difficulté ou pas du tout, et l'infundibulum ou le trajet organisé ne se crée pas. D'ailleurs, pour que celui-ci se forme, il faut plusieurs conditions : 1° dans les hernies ombilicales, l'ouverture étant directe, l'anus contre nature ne se guérit que difficilement de lui-même, ou du moins les exemples en sont peu nombreux ; 2° l'existence du tissu cellulaire qui unit le péritoine hernié aux parties environnantes est indispensable pour permettre le retrait de l'intestin vers la cavité abdominale, surtout lorsque le sac herniaire a été détruit.

Lorsqu'il existe un anus contre nature avec adhérence de l'intestin aux parties environnantes, il ne faut pas en espérer la guérison sans le secours de la chirurgie ; mais si au contraire les adhérences avec les parties voisines sont faibles et permettent le retrait de l'intestin, il y a grand espoir que la guérison pourra se faire par les efforts de la nature, aidés d'une compression méthodique.

Ces divers états pathologiques nous permettent de formuler notre pensée, en disant que certains anus contre nature ne peuvent guérir que par autoplastie, tandis que d'autres peuvent se fermer par le secours du temps et d'une médication simple. Si cependant, dans ce dernier cas, les matières fécales ne reprenaient pas complètement leur cours, l'autoplastie devrait être encore pratiquée.

Il nous semble qu'on a fait jouer à la présence de l'éperon un bien trop grand rôle pour expliquer la persistance des anus contre nature : à son plus haut degré de développement, l'éperon nous paraît bien souvent insuffisant pour empêcher le passage des matières du bout supérieur dans l'inférieur. Ne voyons-nous pas, en effet, de ces éperons se former chez des individus dont les intestins sont adhérents, courbés, plissés? et cependant les

matières serpentent d'un point à un autre sans de grands obstacles. D'ailleurs, on a admis trop légèrement l'existence de l'éperon, qui ne se rencontre que lorsque les deux bouts de l'intestin sont placés l'un auprès de l'autre, et qu'une partie de son calibre a été frappée de mort ; car dès que toute une circonvolution a été gangrenée, les deux bouts sont rarement placés l'un près de l'autre. Nous les avons en effet trouvés plus ou moins éloignés, très-rarement de niveau, et presque toujours le bout supérieur à une distance plus ou moins considérable de l'inférieur. Enfin, nous avons été à même d'observer que les matières, après avoir été largement versées par le bout supérieur, ne prenaient pas la route naturelle, quoique l'éperon eût été détruit; la destruction de l'éperon semblait au contraire avoir contribué à former un large sac où les matières séjournaient avant d'être rejetées à l'extérieur.

De ces considérations il résulte qu'il est moins nécessaire qu'on ne le pense généralement d'avoir recours à la destruction de l'éperon; M. Velpeau a d'ailleurs observé, à différentes reprises, la persistance de l'anus contre nature après la destruction de l'éperon, et il a cité plusieurs observations qui prouvent l'insuffisance de l'entérotomie pour obtenir la cure radicale de l'anus contre nature.

Sans parler des cas nombreux dans lesquels il n'est pas possible de faire usage de l'entérotome, sans parler des difficultés de l'application de cet instrument, ni des accidents graves qui peuvent en suivre l'emploi, je me bornerai à dire qu'il suffit, ainsi que l'ont démontré les observations de plusieurs auteurs, et entre autres de Desault, d'une compression régulière pour diminuer la saillie de l'éperon et peut être pour l'effacer. Je sais bien qu'on pourra m'objecter que l'adhérence qui s'est établie derrière l'éperon, entre les deux bouts de l'intestin, empêchera les effets de la compression; mais il est positif que les fausses membranes peuvent céder, s'allonger, et que, d'une autre part, elles n'existent pas dans tous les cas. Dans les premiers temps, les soins du chirurgien doivent donc se borner à comprimer d'avant en arrière, à l'aide d'un brayer, et mieux d'un linge troué et de bourdonnets de charpie trempés dans une décoction mucilagineuse, le tout soutenu par un bandage roulé : en même temps, on soutiendra le malade par une nourriture substantielle, abondante, et de facile digestion. Mais si ce traitement reste sans effet, si le cours des matières ne se rétablit pas complètement, et que l'ouverture extérieure ne se ferme pas, il est urgent d'en

tenter l'oblitération à l'aide de la suture, de la cautérisation ou de l'autoplastie.

Chez notre malade, la cautérisation, la suture, avaient été sans résultat : que dis-je? l'anus contre nature était plus défavorablement disposé pour la guérison après l'emploi de tous ces moyens, en ce que les bords de l'ouverture étaient devenus durs, calleux, et avaient perdu une vitalité si nécessaire à la réussite de l'autoplastie.

Quand l'anus anormal est large, comme chez le sujet de l'observation précédente, il faut de suite recourir à l'autoplastie, pour s'opposer le plus vite possible aux troubles fonctionnels et aux accidents locaux qui sont déterminés par la sortie des matières fécales et par leur action sur les téguments : on ne peut trop tôt faire cesser un état aussi fâcheux. Nous avons vu chez notre malade des rougeurs érysipélateuses, un érythème horriblement douloureux et des ulcérations disparaître dès que l'ouverture anormale fut fermée. Si les fistules vésico-vaginales sont un objet de dégoût pour les femmes, l'anus anormal est une infirmité aussi déplorable.

Il me reste maintenant à établir quel est le meilleur procédé autoplastique à employer contre ces sortes d'accidents.

On a essayé l'autoplastie par glissement, par un lambeau tordu sur son pédicule, et enfin par inflexion du pourtour de l'ouverture accidentelle, procédé que j'ai pour la première fois mis en usage sur le sujet de l'observation précédente.

Au nombre des procédés par glissement doit être rangée une opération ingénieuse pratiquée par M. Velpeau. Ce chirurgien décolla les téguments dans l'étendue d'un pouce autour de l'ouverture accidentelle : après avoir avivé son pourtour, les lèvres de la solution de continuité furent rapprochées sans difficulté et maintenues en contact par la suture; mais la compression ne put suffire pour empêcher le suintement des matières fécales. Il y eut insuccès. Je crois qu'il faut abandonner cette autoplastie par glissement, qui réussit si bien à la face, mais qui doit échouer ici à cause du peu d'épaisseur des tissus et du contact irritant des matières fécales sur le tissu cellulaire.

A M. Velpeau appartient encore une opération autoplastique par déplacement du lambeau. M. Blandin et moi avons aussi pratiqué le même genre d'autoplastie. On a vu le récit de l'insuccès que j'ai éprouvé; je crois qu'il est dû à l'hémorrhagie qui a eu lieu après l'opération : la compression nécessaire pour arrêter l'écoulement de sang a beaucoup contribué à déterminer la gangrène. M. Blandin a été plus heureux dans un cas où la suture

emplumée avait échoué deux fois; il couvrit l'anus anormal avec un lambeau quadrilatère, de deux pouces d'étendue, qu'il transporta au delà de l'ouverture anormale. (Observation communiquée à l'Académie de médecine le 24 juillet 1838.)

M. Velpeau avait tenté d'introduire une sorte de bouchon cutané dans l'ouverture anormale, méthode créée par lui pour le traitement des fistules laryngiennes, et qu'il transporta à la cure radicale de l'anus contre nature. Après avoir taillé un lambeau aux dépens du flanc, il l'enfonça dans la plaie, où il fut maintenu à l'aide de quatre points de suture; les matières fécales suintèrent.

L'habile et laborieux professeur de la Charité trouvant l'autoplastie inefficace, en revint à la suture modifiée de telle manière que les lèvres de la plaie pouvaient demeurer en contact sans effort; le pourtour de la solution de continuité fut avivé en taillant les bords en biseau sans toucher à la muqueuse intestinale; les parties furent rapprochées par quatre points de suture entrecoupée, et pour favoriser ce rapprochement, M. Velpeau fit de chaque côté de la plaie une incision semi-elliptique longue de deux pouces et demi. Le troisième jour de l'opération, les coliques, la rétention des matières fécales, forcèrent à couper les fils : les matières continuèrent à passer par la plaie. La réunion eut lieu par seconde intention; la guérison fut complète au bout de six semaines.

La suture, quoique bien pratiquée, n'a donc pas réussi immédiatement, et ce n'est certainement pas à elle qu'est dû le résultat heureux qui a couronné l'opération. Les incisions demi-circulaires latérales, qui ont été pratiquées si rationnellement, nous semblent seules avoir procuré la guérison, en rapprochant les lèvres de l'ouverture et en leur permettant, après l'avivement, de la réunir par le développement de bourgeons charnus qui devaient combler l'espace qui existait entre elles.

L'autoplastie par lambeau est donc préférable à la suture, qui n'a jamais procuré une réunion immédiate, à cause de la perte de substance qui existe à l'intestin et aux téguments, et la nature des matières qui traversent l'anus anormal; mais pour réussir il faut prévenir l'hémorrhagie, il faut éviter une compression trop forte, donner au lambeau et à l'avivement une assez grande étendue pour que deux surfaces saignantes soient mises en contact et fixées par des points de suture entrecoupée. C'est en effet la suture entrecoupée qui convient le mieux, en ce qu'elle ne comprime qu'un point de la circonférence du lambeau et des téguments avivés, en ce qu'elle ne détermine qu'une irritation

médiocre quand le chirurgien sait la serrer convenablement.

Il me semble cependant que l'autoplastie par inflexion, telle que je l'ai pratiquée, est ici plus convenable et moins dangereuse que l'autoplastie à lambeau. L'opération est moins douloureuse, moins longue, et n'expose pas à la gangrène.

D'ailleurs, la cicatrice qui résulte de l'adossement de deux surfaces saignantes est bien plus solide que celle qui résulte de l'application d'une espèce d'opercule qui n'est autre chose qu'une portion de tégument doublée de son tissu cellulaire.

---

10. *De l'amputation des membres par suite des plaies d'armes à feu;* par M. Lisfranc.

(Bulletin général de Thérapeutique, août 1845.)

Les plaies d'armes à feu sont au nombre des causes les plus fréquentes des amputations. Elles produisent en effet très-souvent des fractures comminutives : il n'est pas rare de les voir pénétrer dans les articulations; elles contondent, elles déchirent les parties molles qu'elles intéressent ; les corps mis en mouvement par la poudre à canon convertissent superficiellement en eschare les chairs avec lesquelles ils sont en contact.

Lorsqu'un boulet, une anse de bombe ou d'obus, a enlevé les muscles de la partie postérieure de la cuisse dans les deux tiers de leur longueur environ, lorsqu'une blessure de ce genre siége sur les muscles jumeaux et soléaires, je pense qu'il faut recourir à l'ablation du membre, bien que les troncs artériels et nerveux n'aient pas été scarifiés. L'étendue de la solution de continuité est très-considérable; sa surface offre des conditions moins avantageuses que la plaie résultant d'une amputation : la première occasionnera des accidents plus sérieux que la seconde. L'usage de l'instrument tranchant fera beaucoup souffrir, il est vrai ; mais si l'on y renonce, la blessure par arme à feu se cicatrisera très-difficilement, et en général au bout d'un temps fort long; la cicatrice sera profonde, adhérente et d'une grande dimension ; elle se déchirera facilement ; la déperdition de substance éprouvée par le système musculaire gênera les mouvements, elle en rendra plusieurs impossibles. J'ai vu quelques sujets chez lesquels on n'avait pas amputé à l'occasion des plaies dont nous traitons ; la lenteur de la cicatrisation, les accidents qui l'avaient précédée, le mauvais résultat qu'on avait obtenu, faisaient beaucoup regretter qu'on n'eût pas eu recours à la soustraction du membre. Mais les blessures dont nous traitons occupent-elles les bras ou l'avant-bras, leurs fonctions ne sont pas

les mêmes : je pense qu'en général on peut soustraire les malades à l'opération.

Quand les projectiles ont réduit à l'état de bouillie le système musculaire dans une grande étendue, sans avoir déchiré la peau, le sujet doit être soumis aux préceptes que nous avons établis, et qui, comme on vient de le voir, varient suivant les localités.

L'amputation est surtout exigée par les vastes solutions de continuité compliquées de l'ouverture des vaisseaux volumineux et de la déchirure des troncs nerveux.

Rappelons que sur le champ de bataille, au milieu des camps, on est obligé de pratiquer beaucoup plus fréquemment les amputations : les opinions que nous allons émettre seront basées sur les faits observés dans des circonstances où les blessés ont été entourés de tous les soins nécessaires; ces opinions seraient essentiellement différentes dans les cas contraires.

On a prétendu, dans des ouvrages modernes, que les plaies des articulations étaient moins graves quand une balle les avait produites quand l'article n'était pas largement ouvert, quand, en d'autres termes, le projectile l'avait traversé en pratiquant deux ouvertures, comme s'il avait agi sur les parties molles de la cuisse. Nous ne partageons pas cette idée, parce que les liquides fournis par la solution de continuité ne trouvent pas alors un écoulement facile, parce qu'ils séjournent entre les surfaces articulaires lésées, parce qu'ils y déterminent beaucoup d'irritation, des inflammations presque toujours funestes. Larrey était tellement convaincu de cette vérité, qu'il a donné le conseil, que nous approuvons, de faire au besoin de larges débridements, afin de s'opposer ainsi au séjour du pus. L'expérience a sanctionné cette hardie et excellente pratique entre les mains de son auteur; je l'ai mise assez souvent en usage avec succès. Lorsqu'en ouvrant largement les jointures le projectile n'occasionne pas une déperdition de substance trop considérable, il produit donc une solution de continuité moins désavantageuse que si elle était étroite.

Mais une articulation de premier ou de second ordre est ouverte : faut-il recourir à l'amputation ? Labastide rapporte plusieurs observations fournissant la preuve que les articles du poignet, du coude, du pied, du genou, ayant été le siége des plaies pénétrantes, les malades ont guéri sans être soumis à la soustraction du membre ; Dupuytren a obtenu le même succès sur des blessés de juillet traités à la Maison de Saint-Cloud ; Lombard, Léveillé, Percy, Faure, etc., citent des faits de ce genre. On prétend qu'à côté de ces succès, qu'on dit être peu

nombreux, il existe un grand nombre de revers : cette assertion n'est pas exacte, relativement au service de Dupuytren ; on n'a pas suivi celui des auteurs que je viens de nommer.

Je place toujours les malades, je le répète, dans les conditions avantageuses que j'ai énoncées, et je soutiens qu'en mettant en usage la méthode de traitement que j'ai modifiée, les blessures des articulations doivent exiger assez rarement des amputations, à moins que les parties molles environnant l'article n'aient éprouvé une trop grande déperdition de substance ; en d'autres termes, à moins qu'elles ne soient dans un état de délabrement très-considérable : j'en ai donné la preuve à l'hôpital de la Pitié et à l'hôpital provisoire du Grenier-d'Abondance, où j'ai conservé des membres à beaucoup de malades dont les jointures scapulo-humérale, huméro-cubitale, radio-carpienne, carpo-métacarpienne, tibio-fémorale et tarso-métacarpienne étaient profondément lésées. Ai-je besoin de redire qu'on a vu cette année, à ma clinique, un homme, des environs de Pontoise, sur lequel une balle forcée et la baguette à chapiteau qui la refoulait ont traversé le carpe et l'articulation radio-carpienne ; la poudre s'enflamma dans le fusil pendant que le blessé le chargeait : le scaphoïde et une portion de l'extrémité inférieure du radius ont été extraits de la plaie ; le malade a guéri avec une ankylose du poignet. Les tendons extenseurs de l'index paraissaient avoir été scarifiés ; ce doigt seul est sans mouvement ; tous les autres se meuvent déjà dans une assez grande étendue, et nous ne doutons pas que bientôt ils ne recouvrent la liberté entière de toutes leurs fonctions.

Lorsque la plaie de la jambe s'étend très-haut, Larrey conseille de la couper, s'il est possible, à ras de l'articulation tibio-fémorale. On s'expose beaucoup alors à faire développer dans cet article une phlegmasie fort grave et presque toujours funeste : l'amputation pratiquée sur la cuisse nous semble préférable.

On pense généralement que les plaies d'armes à feu, bien qu'elles soient produites par une balle, exigent presque toujours l'amputation, si le corps d'un os long est fracturé comminutivement et s'il s'agit surtout des membres abdominaux : je rejette ce précepte. Mon opinion est basée sur un très-grand nombre de succès que j'ai obtenus en mettant en usage la méthode de traitement que j'ai indiquée plus haut, et sans laquelle, j'en suis certain, j'aurais éprouvé beaucoup de revers, comme les praticiens qui ne l'ont pas suivie. Voici quelques-uns des faits nombreux que je pourrais citer. Mais disons avant tout que,

dans les fractures avec solution de continuité des parties molles, le séjour même d'une petite quantité de pus peut produire des accidents généraux très-graves et souvent funestes.

Le lieutenant-colonel Grand, du sixième de dragons, fut grièvement blessé près du Grenier-d'Abondance : plusieurs balles lui sillonnèrent le bras; l'humérus fut fracturé en deux endroits. On proposa l'amputation; je ne partageai pas cette opinion. Je mis en usage la médication que j'ai indiquée plus haut, et pendant une dizaine de jours tout annonçait qu'elle devait être couronnée d'un plein succès. Tout à coup un violent frisson se manifesta; l'appétit se perdit, et nous vîmes se développer tous les symptômes d'une gastro-entérite très-menaçante; aucun écart de régime n'avait d'ailleurs été commis : la tuméfaction avait un peu augmenté sur le membre malade, ainsi que la douleur. Je pensai que tous les accidents tenaient à la présence du pus; je la recherchai avec le plus grand soin. Je reconnus une légère fluctuation; je donnai issue à peine à deux cuillerées à café de matière purulente. Le lendemain, le frisson ne reparut pas; l'affection du canal intestinal avait déjà disparu; l'appétit était revenu, et le bras avait beaucoup diminué de volume. M. Grand est guéri : aujourd'hui il est colonel d'un régiment de dragons. Ce fait suffit seul pour éveiller l'attention du praticien; nous en avons observé un très-grand nombre d'autres de ce genre qu'il serait inutile de citer. N'ai-je pas raison de dire qu'en évacuant le pus de bonne heure, les accidents locaux et généraux qu'il produit se dissipent ordinairement même avec rapidité; que si au contraire on laisse séjourner la matière purulente, ces accidents peuvent devenir très-graves et souvent funestes. J'ajouterai que l'amputation devient alors souvent indispensable, et que souvent aussi les accidents sont tellement intenses et rapides qu'il n'est pas permis de la pratiquer.

Le brave colonel Lebeau, qui vient de commander la légion française en Espagne, eut le bras comminutivement fracturé à son tiers supérieur par une balle à la bataille de Waterloo; dix-huit jours après la blessure, il vint à Paris avec un commencement de cal très-vicieux : je le rompis; je plaçai les fragments dans un contact très-régulier : la fracture guérit exempte de difformité.

Lorsque le conseil général des hôpitaux me chargea par intérim de diriger à l'Hôtel-Dieu de Paris un service dans lequel étaient des militaires blessés à la bataille donnée sous les murs de la capitale, nous épargnâmes, Dupuytren et moi, l'amputation à six malades dont les bras avaient été comminutivement fracturés par

des balles. Sur deux de ces sujets, la solution de continuité de l'os siégeait sur la partie moyenne de son corps; sur trois des quatre autres, on l'observait sur le tiers inférieur de l'humérus; chez le dernier, on la rencontrait un peu au-dessus de l'insertion deltoïdienne inférieure: chez tous ces sujets, la suppuration fut de longue durée. On ne fit l'extraction d'aucune esquille. Quatre guérirent parfaitement avec un raccourcissement plus ou moins prononcé du membre; deux sortirent de l'hôpital portant des fistules qui fournissaient peu de matière purulente : l'un d'eux est venu, dans le cours de plusieurs années, me montrer les restes de sa blessure, qui ne l'empêchait pas d'exercer l'état de bijoutier; quelquefois seulement le bras se tuméfiait un peu parce que le pus séjournait dans les trajets fistuleux : j'en agrandissais les orifices, les accidents cessaient.

Mais le fémur est-il comminutivement fracturé, on croit généralement qu'il est indispensable de pratiquer l'amputation : Lombard, M. Gaultier de Claubry, S. Cooper, Percy, Larrey, Guthrie, disent n'avoir vu sauver que quelques malades; la plupart ont succombé quand on ne les a pas soumis à la soustraction du membre. Ravation assure que la blessure dont nous nous occupons est presque toujours mortelle. M. Ribes n'a pas rencontré une seule guérison : il a observé dix militaires auxquels les soins convenables furent donnés; ils périrent tous. Il ajoute que sur quatre mille soldats logés aux Invalides, il n'a jamais pu en découvrir un seul qui eût été guéri du genre d'accident dont nous traitons. Faisons remarquer qu'abstraction faite des dix sujets dont parle M. Ribes, les autres paraissent avoir été soignés aux armées, où l'on manque presque toujours des moyens nécessaires pour soigner les blessés, et où ces malheureux sont ordinairement transportés à de grandes distances dans de mauvaises charrettes et sur de mauvais chemins. Les revers qu'on a éprouvés ici devaient donc presque nécessairement avoir lieu. On a avancé qu'à Paris et en Belgique les malades n'ont manqué d'aucun des moyens destinés à les guérir, et que cependant on n'a pas été plus heureux; mais je ne crois point qu'on ait mis en usage la méthode modifiée de traitement que j'ai indiquée, et à l'aide de laquelle on évite presque toujours ou bien l'on combat victorieusement les inflammations. Je pense donc que dans les cas qui nous occupent, il ne faut pas, en général, pratiquer l'amputation de la cuisse avant que ces inflammations soient développées, avant qu'on ait acquis la certitude qu'elles résistent à une sage médication. La formule de M. Serres d'Uzès, pour l'onguent mercuriel, ne serait pas oubliée. Personne n'ignore qu'abstraction faite

de la phlébite et de la résorption purulente qui peuvent avoir lieu, d'ailleurs, dans toutes les plaies, l'engorgement inflammatoire et ses conséquences sont seuls redoutables dans les solutions de continuité dont nous traitons ; la stupeur locale ne doit pas être ici tenue en ligne de compte. J'avoue, toutefois, que mon opinion n'est point encore basée sur un assez grand nombre de faits ; mais elle repose sur des analogies fournies par les membres thoraciques, sur lesquels, traitées comme je l'ai dit, les fractures comminutives occasionnées par les armes à feu n'ont presque toujours été suivies d'aucun accident grave.

Dupuytren a guéri un malade : j'en ai sauvé plusieurs ; je n'en ai perdu aucun. J'ai consigné, dans ma *Clinique chirurgicale*, les deux faits suivants : « J'ai guéri sans amputation, à l'hôpital de la Pitié, deux malades blessés en juillet 1830 : l'un avait reçu une balle qui, après avoir labouré la cuisse, fractura le fémur comminutivement ; l'autre portait une fracture du même membre : elle était produite par un boulet mort qui avait déterminé une contusion très-violente, avec broiement des parties molles, dans une assez grande étendue. Il ne survint aucun accident. La constitution de ces deux blessés était très-bonne : ils avaient un excellent canal intestinal ; circonstance qu'on doit beaucoup prendre en considération quand il s'agit de traiter la question de l'amputation ou de la conservation des membres. »

J'ai montré encore tout récemment, à ma clinique de l'hôpital de la Pitié, un malade qui fut affecté, en 1814, d'une fracture avec plaie et esquilles siégeant à l'union du tiers supérieur de la cuisse avec son tiers moyen ; elle fut occasionnée par une balle. La guérison complète a été obtenue au bout d'un an, sans fistule ; elle s'est soutenue jusqu'en 1835, époque à laquelle le malade, qui marchait fort bien, et qui n'éprouvait que les incommodités dues au raccourcissement du membre, le heurta très-violemment contre l'un des angles d'une enclume : il survint un abcès dont il est guéri.

On a dit que la fracture comminutive de la cuisse, produite par une balle, était presque toujours suivie, quand elle guérissait, de fistules et d'engorgement du membre, qui non-seulement empêchaient, pour ainsi dire, complètement l'usage de ses fonctions, mais qui déterminaient encore, plus tard, la mort des sujets, dans un très-grand nombre de circonstances. Je ne saurais admettre ces idées. J'ai eu l'honneur d'appartenir à la médecine militaire ; j'ai conservé des relations avec des officiers sur lesquels les trajets fistuleux dont nous nous occupons ont persisté. Je l'ai déjà dit ailleurs : il se développe, il est vrai, de

temps en temps, de la tuméfaction : elle est due au séjour du pus dans l'épaisseur des tissus ; mais elle disparaît lorsqu'il en est extrait. Ces blessés marchent assez bien : la suppuration qui persiste en petite quantité les incommode peu ; ils sont dans un état plus avantageux que s'ils avaient été soumis à l'amputation, qui, il n'est pas besoin de le dire, est d'ailleurs trop souvent funeste.

Les fistules dont nous traitons peuvent être compliquées d'un engorgement, même considérable, du membre. Parfois il est le résultat des inflammations qui ont primitivement existé ; d'autres fois il est dû aux phlegmasies négligées ou mal soignées, et occasionnées par la présence du pus retenu dans les trajets fistuleux. En entretenant l'écoulement facile de la matière purulente, on prévient cette dernière cause. Dans tous les cas, l'art possède déjà depuis un grand nombre d'années des moyens puissants pour combattre les indurations simples, soit à l'aide des évacuations sanguines locales sagement dirigées, lorsqu'il existe une subinflammation, soit avec les fondants, lorsque cette phlegmasie manque. Je suis parvenu, en suivant cette méthode de traitement, à dissiper des hypertrophies considérables siégeant sur la cuisse : les malades ont marché ensuite assez facilement.

Si le traitement est dirigé par des chirurgiens qui croient aux incontestables avantages de l'alliance de la médecine et de la chirurgie, et qui ne sont pas accoutumés à faire seulement de la mécanique plus ou moins mal, il me semble très-difficile que les sujets succombent à la suite de leurs fistules, à moins que leur constitution ne renferme quelque viciation, contre laquelle les médications appropriées viennent échouer.

Un soldat en retraite avait éprouvé une fracture de la cuisse droite produite par une balle. La solution de continuité du corps du fémur siégeait sur sa région moyenne. On n'avait pas amputé. L'os s'était consolidé ; mais il restait trois fistules qui pénétraient à une grande profondeur dans l'épaisseur du membre ; La sonde cannelée n'y rencontrait aucune esquille ; elle n'arrivait pas jusqu'au tissu osseux : suppuration abondante ; induration très-prononcée des parties molles dans presque toute l'étendue de la cuisse dont le volume est augmenté d'un tiers ; les symptômes d'une subinflammation existent. Je mets en usage les cataplasmes émollients ; je fais appliquer douze sangsues : cette évacuation sanguine est répétée tous les dix ou quinze jours, suivant l'état des forces du sujet, suivant que l'amendement progresse ou suspend sa marche. Lorsque la phlegmasie a disparu et que la maladie cesse de diminuer, nous laissons un

septénaire s'écouler : nous avons alors recours aux moyens fondants; nous en suspendons l'emploi quand ils excitent trop, lorsqu'en d'autres termes l'inflammation renaît. Cinq mois suffisent pour rendre au membre sa grosseur normale. Aucune induration appréciable par le toucher ne se fait observer ; le pus est fourni en petite quantité : le malade marche assez bien à sa sortie de l'hôpital. Nous avons revu cet homme pendant plusieurs années, et, à quelques nuances près, le succès obtenu a été le même. Dans les cas du genre de celui dont nous venons de donner l'analyse, l'iodure de potassium administré à l'intérieur devrait produire d'excellents effets.

M. le capitaine V... reçut à la bataille de Waterloo une balle qui lui fractura la cuisse à l'union de son tiers supérieur avec son tiers moyen environ : la fracture s'est consolidée; mais des fistules ont persisté. Le blessé marche assez bien. De temps en temps le pus séjourne ; il y a de la douleur ; l'exercice est très-difficile : on évacue la matière purulente, et bientôt l'état fort tolérable que nous avons indiqué revient. J'ai été le médecin de M. V... pendant huit ou dix ans.

Il vient deux ou trois fois par an, dans mon cabinet de consultation , un ancien militaire dont la cuisse a été fracturée par une balle à trois centimètres environ (un pouce) au-dessus de sa partie moyenne; il marche presque sans claudication : il porte deux fistules, l'une sur la face antérieure et l'autre sur la région externe du membre légèrement atrophié, quoiqu'il soit le siége d'une induration d'ailleurs fort limitée. Le blessé éprouve quelquefois de la douleur; il survient de la tuméfaction : il a appris à dilater les orifices des trajets fistuleux avec de l'éponge préparée; le pus s'écoule à l'extérieur, et les accidents disparaissent; des incisions sont très-rarement mises en usage.

Disons, en terminant, que si les fractures produites par les plaies d'armes à feu sont compliquées de la déchirure des vaisseaux principaux des membres, on conseille d'en pratiquer l'amputation. Mais dans le cas où les chairs n'auraient pas été soumises à des déchirures ou à des déperditions de substance considérables, dans ceux surtout où il s'agirait des membres thoraciques, ne pourrait-on pas suivre une conduite opposée? Si en effet, à l'aide de la méthode modifiée de traitement que j'ai déjà si souvent indiquée, on parvient presque toujours à éviter ou bien à combattre victorieusement les inflammations aiguës, la ligature de l'artère ouverte ne réussirait-elle pas, quand on ferait abstraction des appareils destinés à maintenir les fragments résultant de la solution de continuité des os ? On sait que beau-

coup de fractures guérissent sans ces appareils, et qu'assez fréquemment le cal n'est pas trop désavantageux ; quelquefois même il n'est pas trop irrégulier. Je laisse aux praticiens le soin de méditer ces idées.

Les fusils qui éclatent dans la main y produisent des blessures ordinairement très-étendues, à la suite desquelles on pratique néanmoins rarement l'amputation du poignet : on résèque les lambeaux qui ne pourraient pas continuer de vivre ; on égalise autant que possible la surface de la solution de continuité. Presque toujours la guérison a lieu, bien que le premier métacarpien ait été enlevé avec le pouce, bien que les articulations des os du carpe entre eux et celles du métacarpe aient été plus ou moins ouvertes. J'ai vu mon père obtenir de très-grands succès dans des circonstances de ce genre : je ferai remarquer qu'il pratiquait dans un pays très-sain, où les hommes jouissent d'une excellente constitution. Ne serait-il pas possible encore dans les cas dont nous nous occupons, et quand les désordres ne seraient pas trop étendus dans l'articulation carpo-radiale, d'éviter de recourir à l'amputation de l'avant-bras ? Nous avons cité plus haut une observation qui semble porter à conclure pour l'affirmative.

Toutes choses égales d'ailleurs, les fractures compliquées de la solution de continuité des parties molles, et occasionnées par des causes ordinaires, sont moins graves que celles produites par les armes à feu ; elles offrent aussi beaucoup moins de danger sur les membres thoraciques que sur les abdominaux. Il est assez souvent difficile de distinguer les circonstances dans lesquelles l'amputation doit être pratiquée, de celles qui doivent la faire rejeter. Si plusieurs chirurgiens sont en effet réunis pour décider cette question importante, et quand il s'agit d'un sujet qu'ils ont sous les yeux, il n'est pas rare de les voir émettre alors des opinions essentiellement différentes. Répétons que si la localité est avantageuse, que si le malade est bien constitué, que si son canal intestinal est dans un excellent état, que si son moral est bon, que si enfin l'économie animale n'est pas entachée d'un virus, on opérera plus rarement ; car, dans les circonstances heureuses que nous venons d'indiquer, le succès a fréquemment dépassé toute espérance, pour ainsi dire. Ainsi j'aime à redire aux jeunes chirurgiens qui ont fait leurs études dans les hôpitaux des grandes villes, qu'ils se défient des observations qu'ils y ont recueillies ; qu'ils se rappellent qu'ailleurs la soustraction des membres doit être beaucoup plus souvent rejetée : pour moi, l'expérience a sanctionné ces idées.

Lorsque les vaisseaux principaux du membre fracturé sont

divisés, qu'il existe des ecchymoses et des épanchements sanguins considérables, que des parties molles sont assez largement déchirées ou broyées, et que l'articulation, soit de l'épaule, soit du coude, soit du poignet, soit de la hanche, soit du genou, soit du pied avec la jambe, est ouverte, il faut pratiquer l'amputation. Mais les gros vaisseaux ont-ils été ménagés par la cause vulnérante, les grandes jointures ne sont-elles pas en contact avec l'air, on n'a pas recours à la soustraction du membre, bien que la fracture soit comminutive, que l'épanchement du sang soit assez considérable, et que la déchirure, le broiement des chairs, offrent une certaine étendue. On réussira mieux, répétons-le encore, sur le bras, ou sur l'avant-bras, que sur la cuisse ou sur la jambe. J'ai souvent appliqué ces principes à l'hôpital de la Pitié; personne n'ignore les nombreux succès que j'ai obtenus.

Un malade qui a couché au n° 14 de la salle Saint-Antoine de notre hôpital, est guéri d'une fracture siégeant sur le tiers inférieur de la jambe; elle a présenté les circonstances suivantes : l'obliquité de la solution de continuité osseuse était de six centimètres (deux pouces) sur le tibia ; dénudé dans l'étendue de sept centimètres environ (deux pouces et un tiers) des tissus qui devaient le recouvrir, le fragment supérieur de cet os croisait la direction de l'inférieur ; il était venu se loger au côté externe de ce dernier : à la faveur des dimensions de la plaie, je reconnus ce déplacemeat. Je fis mettre les muscles dans le relâchement; je saisis le premier de ces fragments avec le pouce, l'indicateur et le médius ; je le soulevai d'abord, et je le portai ensuite facilement en dedans et un peu en arrière, où il est resté sans le secours d'aucun appareil : le membre a été seulement maintenu dans la position à demi fléchie par des draps pliés en cravate et disposés transversalement sur lui. Je ferai remarquer qu'avant de recourir à la manœuvre qui m'a si bien réussi, il m'avait été impossible d'obtenir la réduction de la fracture, bien que le déplacement suivant la longueur fût très-peu marqué, et que j'eusse employé de très-grands efforts, l'extension et la contre-extension ayant été établies. Il serait inutile de dire que les chairs étaient largement déchirées et que beaucoup de sang était épanché dans les tissus. La guérison n'existe certainement pas sans difformité du membre; mais il est évident que le sujet est dans des conditions infiniment plus avantageuses que si l'amputation avait été pratiquée. N'oublions pas de faire observer que l'inflammation et la tuméfaction ont été très-légères ; qu'une contre-ouverture a été pratiquée derrière le péroné pour faciliter l'écoulement du pus, dont la quantité n'était pas d'ailleurs considérable. La saignée générale, la diète,

ont été mises en usage, d'après les principes sur lesquels nous avons insisté. J'ai combattu victorieusement un délire très-violent et sans fièvre par le musc administré à haute dose à l'intérieur : le sulfate de quinine a promptement triomphé de la prostration extrême qui avait succédé à l'éréthisme du système nerveux.

Un professeur de l'un des colléges de Paris portait une fracture oblique du tiers inférieur de la jambe, avec déchirure des parties molles dans une grande étendue; le fragment supérieur faisait saillie à travers les chairs ; une large ecchymose existait : un chirurgien attaché à l'un des hôpitaux de Paris avait déjà proposé la soustraction du membre. Je fus appelé : je ne partageai pas cette opinion ; j'employai ma méthode de traitement. Je n'appliquai d'ailleurs l'appareil que le sixième jour : aucun accident; guérison complète; M.*** ne boite pas. Si la nature de cet ouvrage me le permettait, je pourrais analyser ici les observations de malades guéris sans amputation, à l'hôpital de la Pitié, bien que leurs membres eussent été écrasés par des roues de voiture.

Lorsque les fragments ont traversé la peau, et qu'on ne peut pas les réduire à cause de l'étroitesse de l'ouverture qui leur a donné passage, on a recours à un débridement convenable ; on résèque la partie de ces fragments qui est dénudée de son périoste ; lors même que cette membrane est salie par de la terre, on la respecte après l'avoir nettoyée. J'ai souvent suivi ce précepte; son application a été couronnée de succès. Je n'ai jamais encore rencontré de cas dans lesquels l'agrandissement de la plaie n'ait pas suffi pour permettre, à l'aide des moyens appropriés, la réduction de la fracture.

Quand les gros vaisseaux n'ont pas été divisés, que les chairs n'offrent pas des déchirures, une attrition trop étendues, et qu'une grande articulation est ouverte, je crois qu'il ne faut pas faire l'amputation du membre : je l'ai sauvé sur des sujets dont les surfaces articulaires du coude, du poignet, etc., étaient à découvert. Serait-on aussi heureux s'il s'agissait du genou ou de l'article tibio-tarsien. Nous avons dit ailleurs comment Larrey traitait les plaies articulaires.

Les questions que nous venons d'examiner ont été beaucoup controversées. Il est, en effet, des chirurgiens qui ont recueilli des faits nombreux en faveur de la conservation des membres; il en est d'autres qui en rapportent un très-grand nombre en faveur de l'amputation. Je crois que les opinions seraient infiniment moins divergentes, et que peut-être même toute espèce de contestation serait terminée, si les connaissances médicales étaient plus généralement répandues, et si les idées préconçues,

un esprit d'exagération qui brouille tout, ou bien une éducation puisée à une mauvaise école, ne servaient pas si fréquemment de guide au médecin. Lisez, en effet, les observations qu'on a publiées; vous y verrez que, dans la plupart des cas, les idées vraiment médicales ont été singulièrement négligées.

---

11. *Nouvelles observations sur les luxations des phalanges des doigts entre elles;* par M. Malgaigne.

(Suite et fin : *voir* t. 157, septembre 1845, p. 134; t. 158, octobre p. 127.)

(Journal de Chirurgie de M. Malgaigne, juillet 1845.)

I. — *Des luxations en arrière.*

Voici un fait que nous a communiqué récemment M. Michon, chirurgien à l'hôpital Cochin.

Luxation complète de la phalangette du pouce en arrière sans division des téguments; réduction par la flexion.

Obs. — Jean Massé, tourneur, âgé de 48 ans, entra le 27 mars 1845 à l'hôpital Cochin, portant une luxation en arrière de la deuxième phalange du pouce. Il ne pouvait expliquer d'une manière précise dans quelles circonstances elle s'était produite : tout ce qu'il savait dire, c'est qu'il était tombé sur la main.

La seule inspection du doigt luxé, en le rapprochant du pouce de l'autre main, faisait reconnaître un raccourcissement d'environ 4 à 5 millimètres. Le pouce, accru visiblement en épaisseur, était dans une extension complète, et l'on ne pouvait fléchir la phalangette que dans de très-étroites limites. A sa face dorsale, au niveau du principal repli cutané qui répond à l'articulation, se voyait une saillie osseuse facile à reconnaître pour le rebord postérieur de la face articulaire de la phalangette, et, au-dessus de cette saillie, une dépression dans laquelle on sentait la face dorsale du corps de la phalange, qui descendait de 4 à 5 millimètres plus bas que ce pli. Enfin, les efforts de flexion rendaient beaucoup plus sensible la saillie et la dépression dorsales, tandis que la saillie palmaire semblait s'effacer et se cacher dans les chairs.

Le diagnostic était évident : on avait affaire à une luxation complète en arrière. On procéda immédiatement à la réduction.

La main étant fixée par un aide, on saisit la phalangette luxée avec le pouce et l'indicateur, celui-ci appliqué en travers par son bord radial sur la face palmaire au-dessous de la phalange, le pouce placé sur la face dorsale et appuyant sur la saillie formée par la phalangette. Dans cette position, en combinant un mouvement de traction avec un mouvement de flexion sur la phalangette, on fit glisser les deux os l'un sur l'autre, et un craquement

annonça la réduction. Le pouce avait repris sa forme, la flexion était redevenue possible, et enfin la comparaison des deux pouces les montrait cette fois d'égale longueur.

On appliqua un bandage très-simple pour prévenir la récidive ; aucun accident ne suivit, et le blessé sortit peu de jours après.

— MM. Legrand et Bidault, internes à l'hôpital St-Louis, ont observé un cas plus rare : c'est une luxation complète en arrière de la phalangette de l'annulaire ; nous devons dire même que nous n'en connaissons pas d'autre exemple. La méthode employée fut différente et ne réussit pas moins bien.

Luxation complète en arrière de la phalange unguéale du doigt annulaire ; réduction à l'aide de la traction et de l'impulsion combinées ; par M. Bidault, interne à l'hôpital Saint-Louis.

Obs. — Le 30 avril 1845, le nommé Guillet, âgé de 48 ans, charpentier, se présenta à l'hôpital Saint-Louis, portant une luxation en arrière de la troisième phalange de l'annulaire. Deux heures auparavant, étant monté sur un échafaudage, il portait avec les deux mains au-dessus de sa tête une pièce de bois équarrie, lorsque, ayant perdu l'équilibre, il tomba en avant de telle sorte que l'annulaire droit porta par la face dorsale de la deuxième phalange sur le bord d'une des planches de l'échafaudage, et la poutre qu'il portait pressa sur la face palmaire de la deuxième phalange. De là une vive douleur et la déformation du doigt que nous allons décrire.

La phalangette était fixée dans une extension exagérée, et il était facile de la renverser presque jusqu'à angle droit sur la face dorsale de la deuxième phalange. La flexion, au contraire, était impossible. Lorsque le malade fermait la main, le doigt annulaire restait en arrière, la flexion ne pouvant opérer que l'articulation métacarpo-phalangienne, les deux autres articulations du doigt restant sans mouvement. Ce doigt présentait, en outre, un raccourcissement de 2 à 3 millimètres, raccourcissement qui devint surtout très-manifeste lorsque la réduction eut rendu au doigt sa longueur et sa direction normales.

A la face dorsale, on sentait très-manifestement la base de la phalangette faisant sous la peau une saillie qui, mesurée avec l'ongle, était de 5 à 6 millimètres. Le tendon des extenseurs ne formait pas de corde saillante.

A la face palmaire se voyait une plaie transversale de 1 1/2 centimètre de long, placée à 2 millimètres au-dessus du pli articulaire. Au fond de cette plaie peu profonde on voyait intact le tissu fibreux de la gaîne des tendons fléchisseurs. En ce point, se

trouvait la saillie formée par les condyles de la deuxième phalange.

Pour opérer la réduction, l'avant-bras et le corps étant fixés, je saisis la base du doigt malade de la main gauche, en plaçant l'indicateur et le médius à sa face palmaire, le pouce étendu sur sa face dorsale pour presser sur l'extrémité supérieure de la phalangette ; en même temps, de la main droite, je pratiquai l'extension sur la troisième phalange en la saisissant entre le pouce et l'indicateur. Après une traction peu considérable unie à la pression de haut en bas exercée par le pouce, je sentis la phalangette glisser avec un frottement rude et rentrer à sa place. Toute saillie anormale avait disparu, et le malade pouvait exécuter des mouvements de flexion.

A l'aide d'une bandelette de diachylon, je maintins la phalange légèrement fléchie, dans le double but de rapprocher les lèvres de la plaie palmaire et d'empêcher le renversement de la phalange en arrière.

Le malade sortit immédiatement de l'hôpital. Je l'engageai à revenir si la luxation se reproduisait : depuis lors je n'ai pas revu cet homme.

— Nous avons retrouvé quelques autres cas de réduction opérés par la traction seule ou du moins agissant comme force principale.

Dugès a vu une luxation complète en arrière de la phalangette du pouce, dans laquelle on pouvait même refouler la phalangette derrière la moitié inférieure de la phalange sur laquelle elle s'appuyait par sa face antérieure. Une chute sur le bout du pouce étendu avait causé l'accident. Pour réduire, il noua sur la phalangette un lacs fait d'un bout de bande tordue pour donner une prise suffisante ; et ce fut en joignant l'extension *un peu* forcée de la phalange aux tractions exercées sur elle, qu'il la remit à sa place. La douleur fut presque nulle ; cependant il survint une lipothymie après la réduction, et quand en conséquence le moral était complètement remis.

Mais on lira avec plus d'intérêt les faits suivants, publiés par Henri Penneck en 1828, et où se trouve la première idée du procédé de traction recommandé depuis par M. Rognetta.

Obs. — Il y a plus de quarante ans, dit l'auteur, étant encore apprenti, je fus appelé près d'un jeune fermier, W. Nicholis, qui, par suite d'une chute de cheval, portait une violente contusion à la main gauche, la seconde phalange du pouce luxée sur le dos de la première, et l'articulation ouverte par une plaie qui divisait les téguments et le ligament capsulaire. Après de vaines tentatives d'extension que le peu de prise rendait illu-

soires, j'eus recours à la méthode suivante qui répondit pleinement à mon attente, et que j'ai mise depuis en pratique avec un complet succès. Je pris un bout de bande à saignée, je nouai le milieu de ce ruban autour de la *première* phalange, *en lui laissant recouvrir une partie de la phalange luxée;* tournant le nœud du côté de celle-ci, j'enroulai les deux chefs autour de ma main, et confiant à un aide le soin de retenir le patient et de fixer le pouce, je fis l'extension. La phalange luxée revint immédiatement à sa place, le ruban s'échappa en même temps, et l'opération fut terminée. Je fis un pansement superficiel; je n'ai pas noté le traitement consécutif. La guérison fut rapide. Je viens de revoir mon malade : j'ai examiné la phalange, qui est bien à sa place; et bien que la jointure soit raide, il se sert utilement de son pouce.

« En janvier 1809, M. Carne tomba de cheval et se luxa la deuxième phalange du pouce gauche. Je le vis à son retour chez lui : il n'y avait pas de plaie, et j'obtins la réduction à l'aide du ruban en un instant; il guérit rapidement, et se sert du pouce aussi bien qu'auparavant »

— Pennek propose le même moyen pour diverses autres luxations, telles que celles du poignet, du genou, et même de l'articulation coxo-fémorale, en modifiant toutefois quelque peu la façon d'attacher son ruban. Nous le lui verrons tout à l'heure mettre en usage pour des luxations latérales des doigts; il ne fait à cet égard qu'une seule réserve : si la phalange ou toute autre partie luxée était très-fléchie, le nœud placé vis à vis pourrait embarrasser; mais il pense qu'on éluderait encore cet inconvénient en tenant les deux chefs du ruban écartés à l'aide de deux doigts, afin, lors de l'extension, d'agir sur l'os luxé sans changer sa direction.

Au total, des observations qui précèdent comme de la plupart de celles que nous avons rapportées dans notre mémoire, il résulte évidemment que la réduction est généralemeut facile et non suivie d'accidents. Mais déjà nous citions des exceptions à cette règle. Voici de nouveaux faits exceptionnels, bien propres à tenir les praticiens en garde contre le pronostic trop favorable: le premier a été publié par M. Laugier; nous le reproduisons dans tous ses détails.

Luxation de la phalangette du pouce, compliquée de plaie et d'issue de la première phalange à travers la peau; réduction; guérison; par M. Laugier.

Obs. — Boulanger (Etienne), âgé de 63 ans, fait, le 19

avril 1840, une chute en arrière dans un escalier : il porte vivement la main gauche en arrière pour se soutenir ; mais l'extrémité de la première phalange rencontre une marche, et le poids du corps produit une luxation compliquée de l'articulation des deux phalanges. Une plaie déchirée et transversale existe au niveau de l'article ; l'extrémité de la première phalange fait une saillie de quelques lignes à travers la peau déchirée ; la deuxième a passé derrière la première : le doigt est épaissi à sa base, déformé ; mais il n'est pas fléchi : le tendon des fléchisseurs du pouce était rompu.

Pour la réduction, j'inclinai fortement la deuxième phalange en haut et en arrière, comme pour accroître le déplacement, et en exerçant en même temps l'extension sur la deuxième phalange, que j'avais simplement saisie entre le pouce et l'indicateur de la main droite, tandis que de la main gauche, à l'aide des mêmes doigts, je serrais fortement la première phalange du pouce blessé ; puis je ramenai vivement en avant la deuxième phalange, en lui faisant faire un mouvement de bascule ou d'arc de cercle dont l'articulation était le centre fictif. Je repoussai en même temps la première phalange en arrière, et la réduction fut faite à l'instant même.

La difficulté réelle était de maintenir la réduction, pendant les premiers temps du moins, et jusqu'à ce que le *molimen* inflammatoire fût épuisé par la diète, les antiphlogistiques, le repos, etc. ; car les accidents qui résultent des déplacements dans les fractures et les luxations sont beaucoup plus marqués pendant les premiers jours et jusqu'à la fin de la première période, celle de la fièvre traumatique, qu'ils ne le sont plus tard.

Pour obtenir ce maintien de la réduction, je résolus d'employer ici le bandage inamovible amidonné ; mais je le disposai de manière que les côtés du pouce ne fussent pas comprimés : je taillai deux petites attelles de carton assez larges pour dépasser les bords du doigt que je garnis d'abord de charpie ; je plaçai les attelles en arrière et en avant ; puis, à l'aide d'une bande assez longue et amidonnée, j'environnai le doigt et ses attelles, l'éminence thénar et le poignet, de doloires. Ce bandage fut promptement desséché et remplit mon but. D'ailleurs, dans la prévision d'accidents inflammatoires que les faits connus ne rendaient que trop probables, j'appliquai plusieurs fois des sangsues sur l'avant-bras, le long de son bord radial, et le malade fut tenu à un régime sévère pendant les premiers jours. En renouvelant l'appareil tous les cinq à six jours, je pus constater que la réduction fut maintenue exacte pendant les premières semaines. Toute-

fois, cela n'empêcha point une suppuration abondante de se former; des abcès se montrèrent le long du premier métacarpien et furent ouverts. Le bandage inamovible fut alors remplacé par de larges cataplasmes. Le doigt avait pris un volume assez considérable, mais sa direction n'avait pas cessé d'être bonne, quoiqu'il existât une grande mobilité entre les deux phalanges; je n'en conservai pas moins l'espoir de voir à la longue la suppuration diminuer et l'articulation se consolider plus ou moins par la suite, en conservant au malade l'avantage d'avoir un pouce si utile, même dans ses mouvements de totalité, lorsque l'articulation des phalanges est immobile. Nous en étions à cette période de la maladie, lorsque le malade éprouva pendant quelques jours, et à deux ou trois reprises, un accident qui aurait pu devenir grave et nous conduire par d'autres considérations au moyen extrême de l'amputation. Des hémorrhagies abondantes en nappe, plus veineuses qu'artérielles, eurent lieu par les deux ou trois ouvertures de ses abcès. La compression n'était pas facile à faire ici, et d'ailleurs, essayée, elle activa l'hémorrhagie. Des compresses réfrigérantes incessamment mouillées firent céder cet accident. Le pus cessa de se former le long du premier métacarpien; mais les deux phalanges étaient loin de se réunir : la mobilité existait entre elles et dans le sens transversal. L'état local était tel, que j'ai vu bien des fois dans des cas semblables conseiller et pratiquer des amputations. Il était visible que l'extrémité de la première phalange avait de nouveau un peu glissé en avant de la seconde; on la sentait à nu au fond de la plaie, au-devant de l'articulation. Ainsi la réduction tant désirée n'était pas obtenue. Je n'avais aucune espérance de la produire plus tard, ni aucun dessein de la tenter. Mais j'étais sûr, pour l'avoir vue dans des cas où les malades s'étaient opposés à l'amputation de phalanges altérées par des écrasements, soit dans leur continuité, soit dans leurs articulations; j'étais sûr, dis-je, que la guérison pouvait néanmoins être obtenue, et je n'hésitai jamais à l'annoncer comme certaine.

Je me servis de la compression telle que M. Lavacherie l'a pratiquée pour les tumeurs blanches. De petites bandelettes isolées environnèrent le doigt, et, par-dessus cette enveloppe de sparadrap, les petites attelles de carton disposées en avant et en arrière furent de nouveau maintenues à l'aide de bandelettes plus longues; méthode que j'emploie souvent dans les affections des doigts quand je veux les maintenir dans l'extension. L'amélioration la plus positive suivit ce mode de traitement. Des parcelles d'os se détachèrent de l'extrémité de la première pha-

lange ; mais elle fut bientôt entièrement recouverte par la cicatrice. Des mouvements obscurs, et nécessairement bornés, dans le sens de la flexion, à cause du léger chevauchement des deux phalanges, existent néanmoins entre elles. La forme du pouce est régulière, et le blessé, qui est employé dans un bureau, pourra certainement écrire. J'ajouterai que, pendant toute la durée du traitement, son état général n'a souffert aucune atteinte grave.

— On voit d'abord ici que le titre de l'observation n'est pas tout à fait exact. Il y a eu réduction, mais elle ne s'est pas maintenue ; de telle sorte que si ce cas devait servir de modèle, mieux vaudrait pour les malades que la réduction ne fût pas du tout tentée.

Mais ce qu'il importe de rechercher, c'est la raison de cette gravité exceptionnelle. Le malade était d'une bonne constitution, d'un tempérament qu'on pourrait appeler muqueux ou phlegmatique, d'une patience et d'une tranquillité d'esprit exemplaires ; ce sont là des conditions toutes favorables, et jugées ainsi par M. Laugier lui-même. La déchirure large de la peau, la rupture de tous les moyens d'union, hormis le tendon extenseur, lui paraissent également heureuses ; et il va jusqu'à dire qu'avec des déchirures moins étendues et un désordre moins grand, on aurait eu plus de danger et qu'il eût fallu pratiquer de larges débridements. Au total, selon lui, la cause la plus imminente d'accidents consécutifs était dans la rupture du fléchisseur et l'ouverture de sa gaîne : c'est par là qu'il explique les abcès consécutifs le long du métacarpien.

Le lecteur qui nous a suivi jusqu'à présent comprendrait mal cette manière de voir, si nous n'ajoutions que M. Laugier, trompé par les observations de Dupuytren, regarde comme un succès le résultat qu'il a obtenu. Pour nous, qui avons vu réussir si pleinement la réduction avec des ruptures de la peau moins considérables, nous croyons avant tout que, moins la plaie est large, plus il y a de chances de succès réel. Nous regarderions tout débridement, en pareil cas, comme ce qu'il y aurait de plus irrationnel au monde ; et l'étendue de la rupture et surtout la dénudation de la phalange chez le sujet dont on vient de lire l'histoire, nous paraissent les principales circonstances qui ont favorisé à la fois la suppuration et la récidive du déplacement. Nous ne voyons pas non plus que le chirurgien se soit occupé de mettre en contact les lèvres de la déchirure extérieure ; et la demi-flexion de la phalange eût été à notre sens bien préférable à l'extension dans laquelle elle a été maintenue. Enfin, sans nier l'influence de la rupture du tendon fléchisseur et de sa gaîne, nous ne saurions y attacher qu'une importance secondaire, puisque,

dans d'autres cas, la cicatrisation n'en a point été entravée.

On va voir, dans le fait suivant, des conditions analogues mettre obstacle à la réduction, et malgré la résection surajoutée à tant de désordres, la guérison s'opérer sans accident.

Luxation compliquée de la première sur la deuxième phalange du pouce; réduction impossible; résection de la tête de la première phalange; guérison.—Par M. Norris, chirurgien de l'hôpital de Pensylvanie.

Obs. — Neil Larkin, robuste charretier de brasseur, âgé de 28 ans, étant occupé à arranger son cheval, avait le bout du pouce gauche engagé par hasard dans un anneau de la chaîne du trait, lorsque le cheval, partant subitement, le traîna à quelque distance, et lui luxa la première sur la seconde phalange du pouce avec plaie de l'articulation. Il fut amené à l'hôpital de Pensylvanie, le 17 février au soir, deux heures environ après l'accident: des efforts énergiques et bien dirigés ne purent opérer la réduction, soit avec la main seule, soit à l'aide d'un lacs attaché à l'extrémité. Le lendemain matin, je trouvai la tête de la première phalange faisant une saillie considérable en dedans (1), à travers une plaie qui embrassait plus de moitié de la circonférence du doigt. Un autre effort de réduction fut encore tenté en fléchissant la phalange luxée et essayant de repousser sa tête saillante par-dessus celle de l'autre; mais ayant encore échoué, je me déterminai à réséquer l'extrémité de l'os qui était sortie au-dehors, ce qui fut fait à l'instant avec la scie métacarpienne : on en réséqua ainsi une étendue de trois à quatre lignes; après quoi les parties furent réduites avec facilité. Les bords de la plaie furent rapprochés avec des bandelettes agglutinatives, et la partie recouverte de charpie sèche, la main et l'avant-bras assujettis sur une attelle. Passé le troisième jour, on renouvela le pansement chaque jour, la partie recouverte seulement d'une pommade simple. Il n'y eut aucun accident consécutif.

Le 23 mars, la plaie était entièrement cicatrisée; le 26, le malade quitta l'hôpital; et y étant revenu le 13 avril, on constata qu'il se servait bien de son pouce, avec un peu de mouvement dans le siége de la lésion.

— Ici donc la réduction n'a pas eu lieu; mais M. Norris pense que, lors même qu'elle aurait été obtenue, la largeur de la déchirure extérieure n'aurait pas permis de la maintenir. Il a vu un cas

(1) Il ne faut pas oublier que les anatomistes anglais décrivent la main dans la position moyenne, la face palmaire regardant en dedans; de telle sorte que les mots *en dedans* ont ici la même signification qu'*en avant*.

de ce genre ; et il rappelle une observation récemment publiée, dit-il, mais que nous n'avons pu retrouver : il s'agit d'un malade traité à l'hôpital de Guy, à Londres, et chez lequel, à la suite d'une réduction facile et immédiate, il survint une inflammation telle qu'il fallut enlever les attelles et autres bandages pour s'en tenir aux cataplasmes ; le sujet finit par guérir, mais après avoir perdu la totalité de la première phalange et l'extrémité de la deuxième. Dans un autre cas dont il a été témoin, la réduction fut suivie d'inflammation et de tétanos ; et enfin il paraît que Sam. Cooper, à l'hôpital du Nord de Londres, ayant aussi obtenu une réduction semblable, vit son malade saisi d'accidents formidables qui l'emportèrent huit jours après.

Certes, à côté de pareils malheurs, le résultat de M. Laugier peut encore passer pour favorable ; mais nous comprenons mal une série constante de luxations opiniâtres et mortelles, quand pour notre compte nous avons été constamment si heureux. Il faut que les faits, malgré une dénomination commune, diffèrent étrangement dans leurs caractères, pour différer autant dans leurs conséquences ; et il nous paraît qu'il faudra surtout se méfier, même le premier jour, des luxations avec large déchirure de la peau, issue et dénudation de la phalange. Peut-être aussi des déplacements plus légers résisteront-ils de même à la réduction lorsque l'inflammation aura eu le temps de s'emparer des muscles et des parties ambiantes. Toutes ces circonstances se trouvaient reunies dans l'observation suivante que nous a communiquée M. Nélaton, chirurgien de l'hospice de Bicêtre, suppléant actuellement M. J. Cloquet à l'hôpital des Cliniques.

Luxation en arrière de la phalangette du pouce, avec issue en avant et dénudation de la première phalange ; réduction impossible ; résection ; guérison ; par M. Nélaton.

Obs. — Lacloche, âgé de 42 ans, tailleur, demeurant à Paris, rue Saint-Antoine, n° 111, entra à l'hôpital des Cliniques le 8 avril 1845. Depuis cinq à six jours il était employé, faute d'ouvrage dans sa profession, à la fabrique de blanc de céruse de Clichy.

Le dimanche 6 avril, étant monté sur un escalier à la hauteur de trois marches, il voulait soulever, avec l'aide d'un autre ouvrier et en se servant de la main droite, un baquet contenant de la céruse et d'un poids assez considérable, afin de le placer dans un endroit plus élevé. Son camarade vint à lâcher prise : le baquet, retombant alors sur lui, le jeta à la renverse sur le plancher de l'atelier. Il perdit aussitôt connaissance et resta dans cet

état pendant un quart d'heure : il ne peut assigner quelle position le corps et surtout le membre droit avaient à ce moment; mais il pense que c'est sur le pouce seul que le choc a porté.

Un médecin fut appelé de suite : il existait une plaie à la face palmaire du pouce, au niveau du pli de l'articulation formée par les deux phalanges de ce doigt; la douleur n'était pas très-vive. On reconnut une luxation, et la réduction en fut essayée : deux personnes faisaient la contre-extension sur l'avant-bras, tandis que le médecin tirait sur la dernière phalange du pouce; mais tous les efforts furent inutiles. Le lendemain lundi, les douleurs devinrent plus vives; on ne crut pas devoir faire de nouvelles tentatives : le mardi, le malade se présenta au Bureau central, d'où il fut envoyé à la Clinique.

Il fut examiné à son entrée : une plaie irrégulière, d'un centimètre et demi, pour le moins, existait au niveau du pli transversal qui répond à l'articulation des phalanges; à travers les bords un peu mâchés de cette plaie faisait saillie l'extrémité inférieure de la première phalange, dénudée de parties molles dans une étendue de trois à quatre millimètres. A la face dorsale, les téguments étaient soulevés par une saillie formée par l'extrémité supérieure de la phalangette, et immédiatement au-dessus se voyait une dépression très-sensible. Le doigt était dans une extension forcée, de manière que la dernière phalange formait un angle obtus avec la première. En faisant mouvoir les deux phalanges, on obtenait une crépitation très-manifeste, produite par le frottement des deux extrémités osseuses. Les tendons fléchisseur et extenseur ne présentaient pas de tension très-marquée. Le doigt était légèrement tuméfié, et tous les mouvements qu'on lui faisait exécuter déterminaient de la douleur.

On ne fit aucune tentative de réduction.

Le lendemain mercredi, 9 avril, M. Nélaton, ayant reconnu la luxation, essaya de la réduire d'abord par l'extension et la contre-extension, puis en pressant au moyen du pouce de sa main droite sur l'extrémité supérieure de la dernière phalange; mais, n'ayant rien obtenu, il se décida à pratiquer la résection de l'extrémité inférieure de la première phalange.

En conséquence, renversant la phalangette en arrière et faisant saillir fortement à travers la plaie l'extrémité de la phalange, la résection fut opérée avec la pince de Liston. Le doigt fut ensuite ramené dans la direction rectiligne, et on le maintint au moyen de bandelettes de manière à l'incliner surtout vers la paume de la main. Le jour suivant, pour prévenir les accidents inflammatoires, une large saignée du bras fut pratiquée.

Les 10, 11, 12, on fait des applications de sangsues, au nombre de quatre-vingt-dix, à la base du pouce, puis on donne des bains de bras et on applique des cataplasmes.

La suppuration survient très-abondante ; un peu de tuméfaction à la face dorsale et palmaire de la main : on se contente de maintenir le pouce au moyen d'une petite bande qui vient se fixer sur le doigt auriculaire. Deux ouvertures sont pratiquées à la face dorsale, et, depuis, la suppuration va en diminuant, sans amener aucune complication.

Pendant les mois de mai et de juin, on fixe le doigt dans l'immobilité avec de petites attelles; la dernière phalange se fléchit cependant un peu sur la première : trois petites esquilles sont extraites pendant cet intervalle. A la fin de juin, la suppuration est complètement arrêtée ; les phalanges étant encore mobiles l'une sur l'autre, on appliqua, le 28 juin, une petite bande dextrinée destinée à favoriser cette immobilité, qui n'est pas encore complète en ce moment; car l'appareil dextriné a été enlevé ce matin 17 juillet, et l'on peut encore déterminer les mouvements des deux extrémités des phalanges.

Quand le malade veut fléchir le pouce, la flexion s'étend bien à la première phalange sur le métacarpien , mais ne va pas au delà.

Pendant tout cet espace de temps, la constitution du malade n'a subi aucune altération.

II. — *Des luxations latérales.*

Nous n'avions pas rencontré d'exemples de luxations latérales proprement dites; et tout ce que nous avions vu en ce genre se réduisait à deux observations de luxations incomplètes dans lesquelles la phalangette s'était portée à la fois en arrière et en dehors. H. Penneck et Dugès paraissent avoir vu des cas analogues, autant que la pénurie des détails permet d'en juger; il convient d'ailleurs de mettre les faits sous les yeux du lecteur.

Obs. — « Il y a sept ans environ, dit Penneck, ma main gauche, dans une chute, ayant porté contre le sol, je me luxai latéralement la deuxième phalange du médius, du côté du petit doigt. De retour à la maison, je pris un bout de ruban à saigner, j'en nouai le milieu autour de la première phalange, exactement au niveau de la luxation ; et ayant étendu le ruban de manière à lui faire recouvrir *en partie* l'extrémité de l'os luxé, le nœud placé vis à vis, j'invitai une personne présente à enrouler les chefs autour de sa main et à faire l'extension, tandis que je résistais de mon côté, en soutenant la partie avec ma main droite

et maintenant la direction du doigt. La réduction se fit à l'instant et à peine avec quelque douleur. La guérison ne se fit pas attendre, et le doigt se meut aussi bien qu'auparavant. »

—S'agit-il là d'une luxation incomplète ou complète, purement en dehors ou inclinée en quelque autre sens, comme dans nos propres observations? Toute discussion sur ce point manquerait de base suffisante. Un deuxième fait du même auteur est bien plus équivoque encore.

« En novembre 1825, je fus appelé pour M. W. Hawes, qui s'était luxé latéralement, du côté du petit doigt, le doigt annulaire de la main gauche. Je le réduisis immédiatement à l'aide du ruban ; et il ne s'en est pas ressenti depuis. »

Ici nous ne savons pas même où siégeait exactement la luxation : il semblerait que le doigt a été luxé sur l'os métacarpien ; et cependant, outre l'excessive rareté d'un pareil déplacement, on ne comprendrait pas comment le ruban aurait été noué autour de la luxation. Quoi qu'il en soit, il est à remarquer que, dans les deux cas, le déplacement s'était fait en dehors.

Dugès avait vu aussi deux cas de luxations latérales, mais il a pris soin de dire du moins qu'elles étaient incomplètes.

« Dans l'une, dit-il, la deuxième phalange de l'annulaire s'était déplacée, dans une chute, de telle sorte, si ma mémoire n'est pas en défaut, que la plus externe de ses facettes articulaires supérieures logeait le condyle interne de la phalange correspondante. Une légère traction remit les choses à leur place ; mais du gonflement, de la raideur, subsistèrent pendant longtemps autour de l'articulation. Je n'ai vu le doigt qu'après la réduction ; mais les détails donnés par le malade étaient assez positifs pour ne laisser aucune incertitude : l'ancienneté du fait pourrait seule m'inspirer quelques doutes.

« Dans l'autre cas, ce fut la dernière phalange de l'indicateur droit qui fut déplacée ; de sorte que sa base était inclinée en dehors et la pointe en dedans : la réduction ne fut point tentée ; le doigt resta difforme, mais reprit peu à peu ses mouvements. Une violente secousse imprimée à la main, retenue seulement par le bout du doigt, avait produit l'accident. »

— Il est à regretter que le premier de ces deux faits soit rapporté de mémoire, et encore sur le dire du malade, et surtout que le narrateur paraisse lui-même douter de la fidélité de ses souvenirs. En effet, ce serait là un exemple de luxation latérale en dedans, et un exemple unique. Non que nous songions à nier la possibilité d'un pareil déplacement ; nous ne saurions même expliquer pourquoi la luxation affecte de préférence le côté

externe ; cette préférence est un fait que nous constatons, voilà tout. On en trouvera un nouvel exemple dans l'observation suivante, qui nous est adressée par un de nos confrères de province, et qui cette fois enfin nous montrera une luxation latérale bien complète et hors de toute espèce de doute.

Luxation latérale externe de la deuxième phalange du doigt annulaire ; par M. Rollet, D. M., à Caderousse.

Obs. — Le 20 avril 1825, un jeune homme des environs de Grenoble, âgé de 17 ans, d'un tempérament lymphatique, de taille moyenne, mais faiblement constitué, à doigts longs et grêles, monté sur un radeau à destination pour Caderousse, s'élança pour prendre terre, dans un moment où le radeau était entraîné par un courant rapide, et tomba sur des enrochements (tas de pierres qui servent à garantir les *perrés* (1) par leur base). Relevé sans connaissance par ses camarades qui se hâtèrent d'accourir à son secours, il n'offrit d'autre lésion qu'une luxation de l'annulaire gauche. Soumis à mon examen un demi-quart d'heure après l'accident, je trouvai l'annulaire raccourci d'environ deux tiers de centimètre, la tête de la seconde phalange faisant saillie sur la face latérale externe de la première ; cette deuxième phalange inclinée un peu en dedans, et la troisième légèrement fléchie sur la seconde et sensiblement contournée en dedans, à tel point que sa face palmaire regardait la face dorsale du doigt médius. Le jeune homme souffrait peu, il n'y avait pas encore de gonflement développé. Je confiai la contre-extension sur le poignet à l'un de ses camarades, me réservant l'extension que je pratiquai sur les deuxième et troisième phalanges, après les avoir entourées d'un petit linge pour avoir plus de prise ; et de ma main gauche j'opérai la coaptation, qui se fit avec la plus grande facilité et avec un bruit de claquement perçu par l'aide et le malade lui-même. Le doigt, enveloppé d'un linge fin, fut soumis à des lotions avec l'eau froide ; l'avant-bras et la main portés dans une écharpe. Le lendemain de l'accident, le blessé put prendre la diligence pour retourner dans son pays.

— C'est là, nous dit M. Rollet, le seul cas de luxation des phalanges qui se soit présenté à lui dans une pratique de huit ans ; et il faut lui savoir gré de nous l'avoir conservé, puisqu'il tranche à lui seul une question restée jusque-là indécise.

En réunissant toutes les observations de luxations des phalanges des quatre derniers doigts contenues dans ce travail et dans notre

(1) On appelle *perrés* des digues faites de pierres assemblées sans ciment.

premier mémoire, on peut cette fois vérifier les assertions de Léveillé et d'A. Cooper : l'un disant que les luxations sont surtout communes à l'*index* et à l'*annulaire ;* l'autre qu'elles affectent surtout *les deuxièmes phalanges.*

Sur onze cas, on trouve quatre luxations à l'annulaire ; — trois à l'indicateur ; deux au médius ; — une au petit doigt ; — et une, celle d'A. Cooper, où le doigt n'est pas indiqué.

Sur ces onze cas, il y six luxations de la deuxième phalange ; — quatre de la troisième ; — et une, celle de Penneck, où la phalange n'est pas indiquée.

Et comme, dans ce dernier cas, on ne saurait même affirmer que la luxation affectait une des articulations phalangiennes, il en résulterait une égale fréquence pour l'index et le médius ; de telle sorte que les assertions de Léveillé et d'A. Cooper se trouvent jusqu'à présent vérifiées.

---

12. *De la méthode opératoire qu'il convient de choisir quand des cicatrices de la cornée compliquent la cataracte ;* par le docteur Sichel.

(Journal de Chirurgie de M. Malgaigne, juillet 1845.)

Les ouvrages qui traitent *ex-professo* d'ophthalmologie, et de la cataracte en particulier, rejettent très-généralement l'extraction dans les cas d'opacité partielle, même peu étendue, de la cornée. Les raisons qu'ils donnent à l'appui de cette exclusion sont en effet très-plausibles au premier coup d'œil, et théoriquement elles ne manquent pas d'une certaine apparence de justesse. Nous allons les énumérer.

L'extraction produisant une vulnération d'une grande étendue, on a contre soi de nombreuses chances pour qu'il survienne de la suppuration ou bien une opacité qui trouble la vue d'une manière notable. Par l'infiltration du pus entre les lames de la cornée, il se forme des cicatrices interlamellaires. Souvent aussi les lèvres de la plaie s'écartent, le lambeau se soulève, ce qui entraîne, dans les cas les moins fâcheux, des cicatrices plus ou moins larges et saillantes. Ces accidents sont fréquents, et même, quand l'opération a été parfaitement pratiquée, on n'est pas toujours certain de s'en garantir. Outre les cas où le malade pusillanime, irritable, se livre à des mouvements inconsidérés, il en est d'autres où, malgré sa bonne volonté et sa force morale, soit des quintes de toux, soit toute autre affection morbide qui se déclare inopinément, donnent lieu à des efforts, à des ébranlements nerveux dont le patient n'est pas maître, et à la suite

desquels survient un écartement du lambeau. Or, de tous les accidents consécutifs que nous venons de passer en revue, il n'en est pas un, même à son moindre degré, qui n'augmente notablement l'opacité et ne diminue encore la netteté de la vision dont le champ est déjà fort limité par les opacités primitives. Ces considérations sont d'une très-haute importance ; car, même quand le succès laisse le moins à désirer, l'ablation, le déplacement ou la résorption du cristallin rendent toujours la vision beaucoup moins parfaite que sur un œil à l'état normal. Son pouvoir est toujours singulièrement diminué par la disparition de l'organe réfracteur.

Les cicatrices de la cornée, a-t-on ajouté encore, peuvent et doivent toujours être regardées comme l'indice d'une disposition de cette membrane à une espèce de diathèse purulente locale : ce qui fait nécessairement que l'on court de grandes chances de voir la suppuration se renouveler, d'autres opacités se reproduire, et par conséquent intercepter la lumière sur une plus grande étendue en s'ajoutant aux anciennes cicatrices.

A toutes ces objections on peut répondre :

Les accidents ne sont pas aussi absolus, aussi inévitables qu'on veut bien le dire. Il y a toujours moins de probabilité de les voir survenir, quand l'œil, les paupières et les orbites ont une conformation très-normale et que le malade conserve une immobilité convenable. Dans les cas qui nous occupent, la disposition purulente, le plus souvent, a cessé d'exister au moment de l'opération, surtout quand il s'agit de vieillards qui portent les cicatrices depuis leur enfance, et qui depuis longtemps n'ont plus été atteints d'ophthalmie ; circonstance dont certainement il importe toujours de s'informer. Lorsque, d'une part, les malades sont d'un âge avancé, que, de l'autre, les cataractes sont molles ou demi-molles, et volumineuses, il n'y a pas à balancer, c'est à l'extraction qu'il faut donner la préférence. Les cataractes demi-molles volumineuses sont aussi difficiles à abaisser qu'à broyer sans accidents. Elles ont une tendance funeste à tomber dans la chambre antérieure. Si l'on parvient à éviter cet écueil, on court d'autres dangers. Ces sortes de cataractes se gonflant beaucoup après l'opération, elles pressent, irritent les membranes internes, et y excitent une violente inflammation qui très-souvent désorganise les tissus et finit par entraîner une cécité complète et incurable. Ici le doute n'est donc pas possible : l'extraction est infiniment préférable, si toutefois la conformation des yeux n'est pas telle qu'elle augmente trop les mauvaises chances de l'opération. Il faut également renoncer à l'extraction, lorsqu'une maladie quel-

conque, l'asthme, la toux, par exemple, empêchent de pouvoir obtenir l'immobilité nécessaire, et donnent lieu à des soubresauts qui font craindre et rendent même à peu près certain l'écartement du lambeau avec toutes ses suites fâcheuses.

Quand, au contraire, les cataractes sont très-consistantes, dures ou demi-dures, c'est à l'abaissement qu'il convient de recourir.

Dans toute question médicale, c'est à l'expérience de modifier, de compléter les conclusions déduites *à priori*. C'est pourquoi nous allons rapporter ici deux observations de cataractes compliquées de cicatrices de la cornée, et opérées, l'une par broiement, l'autre par extraction. Nous gardant par-dessus tout d'obéir à aucune espèce de vue systématique, nous ne chercherons pas à surprendre l'assentiment de nos lecteurs en nous efforçant d'établir des rapports factices entre deux cas dissemblables où l'âge, la constitution et le sexe différents permettent difficilement une exacte et rigoureuse comparaison ; nous ne nous baserons pas non plus sur deux observations dont l'issue ne soit pas identique : loin de là, nous prendrons à tâche de mettre en regard deux affections de la cornée et du cristallin, dont les sujets, par leur âge, leur sexe, leur constitution, par la nature, l'étendue, le nombre et l'ancienneté des cicatrices, présentent une égalité à peu près parfaite. Chez ces deux malades, opérés l'un et l'autre avec succès, on trouvera une analogie aussi étroite que possible. Leur guérison néanmoins n'a pas suivi la même marche ; elle a été beaucoup plus prompte, beaucoup plus directe chez celui que nous avions opéré par extraction. Cependant ce malade était plus âgé, les cicatrices plus étendues, plus nombreuses, plus anciennes, et les deux yeux en étaient affectés. Les globes oculaires étaient moins volumineux et les cornées plus petites qu'à l'état normal, toutes particularités qui, jointes à d'autres raisons que nous indiquerons à la fin de l'observation, devaient rendre l'extraction plus difficile. Malgré toutes ces circonstances défavorables, et bien que chez le malade opéré par broiement l'inflammation se soit montrée infiniment plus faible que d'ordinaire, celui sur lequel nous avions extrait le cristallin a mis quatre fois moins de temps à se guérir. Si l'on veut bien remarquer que chez ce dernier nous nous trouvions dans les conditions les moins propices pour l'extraction, on se convaincra aisément que nous n'avons, dans le choix de telle méthode ou de telle autre, aucune prédilection systématique. Il n'en faudrait pas conclure que dans ce cas nous avons simplement suivi une pente tout empirique ; les motifs raisonnés d'après lesquels nous nous sommes conduit

ressortiront des considérations générales dont nous ferons suivre chacune de ces deux observations et des conclusions additionnelles par lesquelles nous nous proposons de terminer cette note.

Obs. I.— 58 *ans. Broiement d'une cataracte lenticulaire molle de l'œil gauche par la sclérotique. Cicatrices centrales de la cornée. Après la première opération, il reste des lambeaux flottants de la capsule. Seconde opération : abaissement des lambeaux dont deux persistent assez longtemps au bas de l'ouverture pupillaire. Rétablissement complet de la vision après dix semaines environ.* — M. P....., employé à l'administration des voitures publiques les *Favorites*, âgé de 58 ans, demeurant à Paris, se présente à ma clinique en 1839, pour une cataracte lenticulaire molle de l'œil gauche compliquée de cicatrices peu étendues, mais nombreuses et centrales, de la cornée. L'œil droit n'offre pas de cataracte bien appréciable, mais des cicatrices très-marquées de la cornée qui abolissent presque entièrement la vision.

Le 1er août 1839.— Le broiement de la cataracte de l'œil gauche est pratiqué avec une aiguille fine introduite par la sclérotique. Le lendemain, des douleurs assez vives surviennent dans le front et la tempe gauche. Un commencement d'inflammation paraît s'emparer de l'œil. (Saignée de 3 palettes, frictions d'onguent napolitain belladoné ; à l'intérieur, le calomélas à la dose de 5 centigrammes, avec 3 centigrammes d'opium, 2 fois par jour.) La phlegmasie devient peu violente et cède bientôt.

Le 14. On voit au milieu de la capsule du cristallin une assez large lacune, derrière laquelle la substance cristallinienne est broyée au centre et prend une teinte diaphane dans sa partie latérale. La conjonctive présente encore une légère injection rose. Depuis quelques jours, la pupille a été de nouveau dilatée par les instillations de belladone. Le trou central de la capsule s'élargit, devient à peu près circulaire, et présente presque deux millimètres de diamètre. La vision augmente beaucoup. Les débris de la capsule commencent à flotter. Néanmoins, le malade se plaignant de la lenteur de l'amélioration, je réitère l'opération le 26 août.

La mobilité des lambeaux capsulaires, après leur division, est si grande, qu'ils reviennent sans cesse dans toutes les directions, et j'éprouve beaucoup de difficulté à en débarrasser la pupille. Enfin, après des tentatives réitérées, je réussis à les réunir en masse derrière la partie inférieure de l'iris ; ils remontent encore un peu en haut, mais sans fixité. Voyant qu'à chaque mouvement de la tête ils s'élèvent et s'abaissent alternativement, je retire l'aiguille ; mais avant de la retirer, l'œil étant tourné en

haut, je la laisse un moment sur le bord supérieur de la masse formée par les lambeaux de la capsule.

J'enjoins au malade de marcher et de s'asseoir alternativement, et je l'invite à se coucher le plus tard possible, afin que les débris capsulaires ne quittent pas leur position. L'inflammation étant nulle, on ne pratique point de saignée.

Le 11 septembre, je combats une légère conjonctivite par un purgatif et un collyre de borax. Deux lambeaux capsulaires restent toujours flottants derrière la partie inférieure de la pupille, et ne disparaissent que fort tard après s'être abaissés insensiblement. Les taies de la cornée deviennent plus visibles au fur et à mesure que la pupille se montre plus noire et que l'opacité cristallinienne disparaît. La vue se rétablit complètement. Le malade ayant été myope toute sa vie, retire de l'opération un bénéfice d'autant plus grand. La résorption du cristallin, chez lui, diminue la réfrangibilité des milieux de l'organe visuel, de sorte qu'il se conduit facilement sans lunettes, et qu'il peut lire et écrire avec des verres du n° 36. Il sort dans les premières semaines d'octobre 1839. Le 1er janvier 1840, il m'adresse des félicitations et des remercîments dans une lettre tout entière de sa main, et que je conserve encore.

— Comme notre but, en publiant cet article, est surtout pratique, nous ne nous circonscrirons pas exactement dans la question de la complication par les opacités; nous ne nous ferons pas scrupule d'entremêler ces considérations de quelques remarques secondaires.

Il résulte de nos observations les plus exactes et de nos dissections les plus minutieuses que les débris de la capsule, contrairement à ce qui a lieu pour le cristallin, ne se résorbent pas après l'opération. Si les lambeaux disparaissent, ce n'est pas qu'ils soient pompés par les vaisseaux lymphatiques et portés dans le torrent de la circulation ; ils ne font que tomber au fond de l'œil, ou bien se rouler en spirale et se retirer ainsi derrière l'iris. A l'autopsie, on les retrouve des années entières après que l'on a lacéré ou morcelé la capsule. C'est pourquoi nous mettons tant de soin à déchatonner ces lambeaux, à les refouler derrière l'iris et à les y maintenir en les comprimant de haut en bas, en les tassant pour ainsi dire avec l'aiguille au-dessous du bord pupillaire inférieur.

Lorsque l'iris est d'une teinte bleuâtre ou grisâtre, l'appréciation de l'étendue et du degré d'opacité des cicatrices de la cornée, dans les cas de cataracte ou d'oblitération de la pupille, est souvent chose difficile et sujette à erreur. C'est un fait dont il est

aisé de se rendre compte. Une tache grisâtre occupant la cornée transparente tranche fortement sur le fond noir de l'ouverture pupillaire et sur la couleur foncée d'un iris brun ; mais quand, au contraire, une cataracte gris-bleuâtre remplit la pupille et que l'iris est d'une couleur claire, la taie ressort beaucoup moins : il est des cas où l'on a toutes les peines du monde à les reconnaître. Si, à l'examen préliminaire, on n'y porte pas la plus scrupuleuse attention, souvent, après l'abaissement ou l'extraction de la cataracte, on est fort désagréablement surpris de voir l'opacité cornéenne beaucoup plus foncée et plus large qu'on ne l'aurait pensé. On ne s'aperçoit de son erreur que par le contraste subit de la couleur noire de la pupille avec la teinte grisâtre de l'opacité. Souvent même il arrive que, si l'on opère par extraction, au moment où la cicatrice se présente au-devant du couteau qui chemine dans la chambre antérieure, la tache de la cornée paraît plus foncée et plus étendue. Plusieurs fois j'ai découvert pendant l'opération seulement de petites taies anxquelles auparavant je n'avais point fait attention. C'est une particularité qu'il n'est pas inutile de signaler aux praticiens, afin qu'ils ne négligent point, avant d'opérer, de faire l'examen le plus minutieux de la cornée. Ils ne doivent pas oublier que la moindre opacité centrale de cette membrane, après l'opération la mieux faite, diminuera notablement la netteté de la vision.

Pour clore nos réflexions au sujet de ce malade, nous ferons remarquer qu'en pratiquant le broiement par la sclérotique nous nous sommes conformé à une règle de conduite basée sur notre propre expérience. En effet, la pratique nous a démontré qu'en introduisant l'aiguille par la cornée, les manœuvres qu'exige la discission de la capsule et du cristallin sont beaucoup plus difficiles, et il est bien rare que l'on réussisse complètement. Pour l'abaissement du cristallin, c'est tout différent : la kératonyxis est le procédé le plus convenable et avec lequel, surtout quand il s'agit de cataractes volumineuses, on a le plus de certitude de succès.

Obs. II. — 73 *ans. Cicatrices très-anciennes de presque toute la cornée gauche, sauf le centre, et de la partie supérieure de la cornée droite. Cercles séniles larges, complets et coriaces. Deux cataractes lenticulaires demi-molles ; kératotomie supérieure le* 10 *décembre* 1844. *Opération facile à gauche, difficile à droite. Procidence de l'iris droit réduite spontanément. Guérison complète ; vue parfaite deux semaines après l'opération.* — M. C....., garçon de bureau, âgé de 73 ans, a subi, à l'âge de 7 ans, la variole. Cette maladie lui a laissé à l'œil gauche des cicatrices qui, à l'exception du

centre, couvrent toute la cornée. A la suite de cette affection, les paupières, surtout la paupière supérieure dont les cils sont perdus en majeure partie, ont été le siége d'ulcérations à demi cicatrisées. Les mêmes affections existent pour l'œil droit, mais à un moindre degré; la cicatrice n'occupe qu'environ le tiers supérieur de la cornée. Il existe d'ailleurs aux deux yeux des cercles séniles presque complets, mais plus larges en haut et d'une teinte jaunâtre. Des cataractes se développent dans les deux yeux. Elles occupent d'abord le centre, en forme de cataractes demi-dures avec quelques stries corticales. Au bout de quinze à dix-huit mois, elles sont devenues complètes et demi-molles, plus molles à droite. Malgré la petitesse des cornées, la consistance de ces cataractes, ajoutée à l'âge avancé du malade, m'engage à les opérer par extraction et avec la kératotomie supérieure, de manière que la section tombe dans les cercles séniles.

Je pratique l'opération le 10 décembre 1844. Je fais maintenir les paupières supérieures avec un élévateur, afin de pouvoir les ramener facilement par-dessus le lambeau. Le globe oculaire a été simplement fixé par le doigt appliqué dans le grand angle. Malgré la dureté considérable des cornées dans l'étendue des cercles séniles, les sections ont été faites très-régulièrement, celle de la cornée droite exceptée; elle est placée un peu trop haut, à un demi-millimètre environ du bord de la cornée. Dans les deux yeux, mais davantage encore dans l'œil droit, le grand cercle de l'iris fait un peu saillie immédiatement après la section. Le cristallin gauche sort en masse et facilement, le droit plus difficilement et en laissant beaucoup de substance corticale, ce qui provient de la plus grande mollesse de la cataracte et de la moindre dimension du lambeau. La substance molle placée entre les bords est enlevée avec la curette. Il se forme une procidence de l'iris, parce que les lèvres de la plaie sont restées béantes pendant quelque temps. Lorsqu'on les affronte, le malade étant couché, cette procidence se réduit d'elle-même au bout de quelques minutes. Pendant l'opération de cet œil, le malade a exercé des contractions musculaires si violentes que l'humeur aqueuse a jailli presque en entier avant que le couteau n'eût parcouru la moitié de la chambre antérieure. Le lambeau gauche s'est parfaitement appliqué immédiatement après la sortie du cristallin. (Fomentations froides jusqu'au soir.) Le malade clignote assez fortement. Heureusement il est d'une grande tranquillité. Il n'y a pas le moindre symptôme alarmant. A la levée de l'appareil, la cicatrisation est complète et la vue parfaite. La pupille droite est ronde, mais très-légèrement déplacée en haut, de manière tou-

tefois à rester en face de la partie transparente de la cornée. Cette légère excentricité s'explique par une ligne brunâtre très-fine située au milieu de la cicatrice, et produite sans doute par une adhérence minime de la circonférence de l'iris. La partie extérieure de la cicatrice de l'œil droit ne paraissant pas tout à fait consolidée, et quelques vaisseaux injectés à peine perceptibles entourant le bord supérieur de la cornée, du laudanum est instillé.

Le 23 décembre, jour de sa sortie, treize jours après l'opération, le malade voit très-nettement à l'œil nu les aiguilles d'une montre. Sa santé générale est excellente. Dès le lendemain de la levée de l'appareil, on lui a fait reprendre son régime ordinaire.

Le 27, il voit parfaitement bien à se conduire seul dans les rues avec des lunettes convexes du n° 6, et lit couramment avec des verres à cataractes n° 33.

— On a pu voir dans cette observation, outre les opacités de la cornée, le concours d'une foule de circonstances favorables et assez généralement regardées comme une contre-indication de l'opération par extraction. Ainsi, à l'extrême petitesse de la cornée se joignait le manque de cils à la paupière supérieure, qui, ne permettant pas de la maintenir aussi aisément qu'il l'aurait fallu, nous a contraint par extraordinaire d'employer les élévateurs. Le malade nous présentait encore un clignotement perpétuel, et pendant l'opération des contractions violentes des muscles oculaires. Néanmoins le succès a été complet et rapide. C'est une preuve de plus en faveur de notre opinion, savoir : que l'existence des cicatrices cornéennes n'est point une contre-indication absolue de l'opération par extraction, surtout chez les vieillards affectés de cataractes plus ou moins molles et volumineuses.

Parmi les circonstances qui peuvent entraver la marche de la guérison à la suite de l'opération par extraction, le clignotement est une des plus compromettantes. Souvent même il persiste très-longtemps après l'application des bandelettes agglutinatives. C'est alors que l'on voit fréquemment venir à sa suite la procidence de l'iris, l'écartement des lèvres de la plaie, leur froissement par la paupière ; une kératite chronique se déclare, et dans les cas les moins défavorables, les cicatrices, au lieu d'être étroites, linéaires, parfois même imperceptibles, deviennent souvent larges ou vascularisées, quelquefois même adhérentes. Ces accidents sont moins fréquents et moins intenses lorsque l'on a recours à la kératotomie supérieure. Il ne faudrait pas en conclure que ce procédé n'entraîne aucun désavantage avec lui; il a aussi les siens,

sur lesquels nous reviendrons dans une autre occasion; mais ce que nous devons dire dès à présent, c'est que nous ne l'adoptons pas exclusivement.

Quant au cercle sénile (*arcus senilis*, *gerontotoxon*), cette affection, particulière aux vieillards, est une opacité annulaire, complète ou incomplète, placée à un ou deux millimètres, rarement à trois millimètres de la circonférence de la cornée. Il est d'une teinte blanchâtre ou grisâtre, souvent mélangée d'une légère nuance de jaune. C'est tout au plus s'il acquiert deux, bien rarement trois millimètres de largeur; par conséquent jamais il n'envahit le centre du miroir de l'œil vis à vis de la pupille. Aussi ce phénomène, dont les causes occasionnelles sont inconnues, est tout à fait inoffensif pour la vue. Tout porte à croire qu'il est le résultat d'une altération de la nutrition de la cornée et d'un dépôt de sels calcaires. Quelques chirurgiens en ont conclu qu'il devait être dangereux de pratiquer l'incision de la cornée dans l'étendue du cercle sénile même; ils s'imaginaient que, dans ce tissu à demi mortifié, la réunion immédiate ne pouvait pas avoir lieu. Mais, sur ce point, notre expérience particulière, jointe à celle de plusieurs de nos devanciers, est venue démentir complètement cette prévision. L'observation qu'on vient de lire, elle-même, vient à l'appui de cette manière de voir.

A propos de ce malade, ainsi que toutes les fois où l'on veut comparer les résultats de l'extraction avec ceux de l'abaissement, voici ce que l'on peut encore observer.

Le succès par l'extraction est plus prompt. La personne que nous avons opérée, au mois d'août par le broiement est restée dix semaines à notre clinique; celle-ci, au contraire, opérée au mois de décembre, dans une saison infiniment plus défavorable, a mis deux semaines à peine pour se guérir.

La cataracte secondaire est beaucoup plus fréquente après l'abaissement ou le broiement qu'après l'extraction.

Les ophthalmies traumatiques, quoi qu'on ait pu dire en faveur de l'opinion contraire, sont plus communes et plus violentes quand on opère à l'aiguille, et surtout par le broiement. Cette circonstance nécessite un traitement antiphlogistique plus prolongé et plus énergique; or, il est connu qu'à un âge avancé une médication pareille produit un affaiblissement funeste. Sous ce rapport, cette méthode est éminemment dangereuse; c'est ce qui nous a amené à établir, comme contre-indication de l'abaissement ou du broiement chez les vieillards, la consistance molle ou demi-molle des cataractes lenticulaires comme donnant lieu à un surcroît de réaction inflammatoire.

13. *Recherches pratiques sur les fistules de la face dans leurs rapports avec les maladies dentaires*; recueillies par le Dr. M. Olivet, dans le service et aux cliniques de M. Pétrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

(Revue médicale, juin 1845.)

Les fistules de la face sont dues à des lésions très-diverses : elles peuvent être entretenues par une périostite du maxillaire, par une carie ou une nécrose, par des tubercules développés dans cet os ; elles peuvent reconnaître pour cause un kyste situé dans une alvéole, ou une fluxion ordinairement de nature scrofuleuse. Mais la plus commune et la moins connue de ces causes est la lésion d'une dent : la moins connue, disons-nous, parce qu'il n'en est pas question dans la plupart des livres classiques qui sont entre les mains des élèves.

La note présente, en ajoutant de nouveaux faits à ceux que l'on rencontre çà et là dans quelques mémoires spéciaux, aura principalement pour but le diagnostic et le traitement de cette affection. J'ai recueilli la première observation à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service de M. Pétrequin, qui a bien voulu me faire part de ses idées sur ce sujet jusqu'à présent peu élucidé et me communiquer trois autres cas qu'il traita il y a deux ans dans le même hôpital, et dont je donnerai plus bas le résumé.

Deux des exemples que j'aurai à rapporter ici, et tous ceux que le même chirurgien a rencontrés dans sa pratique particulière, ont trait à des fistules siégeant sur le maxillaire inférieur ; ce qui tend à démontrer qu'elles sont plus fréquentes que celles du maxillaire supérieur, résultat auquel on pouvait d'ailleurs arriver *à priori* en considérant que l'infiltration d'un liquide a lieu plus facilement de haut en bas qu'inversement. Mais tout ce que je dirai sur la nature de cette affection, sur la manière d'arriver à un diagnostic certain, et sur le traitement, s'appliquera également bien aux lésions des deux arcades dentaires.

Obs. Ire — Jean Vaubertrand, marinier, âgé de dix-neuf ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 13 fevrier 1844 ; il est d'une bonne constitution et n'a jamais fait d'autre maladie que celle qui va nous occuper. A l'âge de dix-huit mois, il tomba de telle manière que toute la force de la chute porta sur le maxillaire inférieur, qui fut cassé. On fit la coaptation, et le malade porta un bandeau pendant sept années consécutives, durant lesquelles sortirent onze fragments d'os par deux ouvertures situées au niveau des angles de la mâchoire ; elles se fermèrent pendant quelques années, puis se rouvrirent, il y a trois ans, pour donner

issue à deux nouvelles esquilles. Depuis cette époque, elles se sont complètement fermées; leurs cicatrices sont solides, un peu déprimées, non douloureuses. — Le jeune homme conserve encore les treize fragments de son maxillaire; ils varient en longueur de 6 à 15 millimètres, et en épaisseur de 1 à 5.

Il est résulté de cet accident que l'os est un peu atrophié et que les dents y sont logées à l'étroit; aussi la plupart sont-elles déformées, rabougries : on a même été obligé de faire l'extraction de quelques-unes qui, par leur direction, gênaient le malade dans la parole et la mastication. — Il y a un an et demi, la deuxième petite molaire droite inférieure lui fit mal; elle se caria, la couronne tomba peu à peu, et, dix mois après, une fistule se déclara à l'extrémité inférieure de sa racine; elle avait commencé, suivant l'expression du malade, par un petit bouton qui s'ouvrit de lui-même, et, dès lors, l'air inspiré par la bouche produisit des douleurs dans la dent cariée.

Le 16 février seulement, on s'aperçut de cette fistule (car le malade était entré à l'hôpital pour une contusion du pied), et après avoir établi les rapports de causalité entre la fistule et la lésion dentaire, M. Pétrequin fit arracher la racine de la dent, qui représentait un canal dont une extrémité s'ouvrait dans la bouche, et l'autre au fond de l'alvéole, qui, elle-même, était perforée et correspondait, comme nous l'avons dit, avec l'extérieur. — Depuis ce moment, les douleurs ont disparu, l'inspiration de l'air n'est plus suivie d'une sensation désagréable, l'alvéole est revenue sur elle-même, et la gencive tend à se fermer. — La fistule ne laisse plus passer de liquide le 21 février, et sa cicatrisation a déjà commencé à l'extérieur. Le 23, le malade sort guéri.

Les fistules dentaires sont en général une affection assez facile à diagnostiquer quand l'attention est déjà portée sur l'organe qui leur donne naissance : sans cela on les confond souvent avec une autre fistule quelconque de la face. Mais il suffit de constater que leur ouverture extérieure répond au fond d'une alvéole dont la dent est cariée, tandis que l'intérieure a son siége dans cette même dent (qui peut dans quelques cas, comme nous venons de le voir, offrir un canal tout le long de son axe), et alors on sait à quelle lésion on a affaire : mais souvent on néglige l'examen de la bouche, et l'on reste dans le vague. D'ailleurs, abstraction faite de ces signes physiques qui ne peuvent plus laisser aucun doute quand on les a reconnus, surtout si le malade sent à chaque inspiration l'air s'engouffrer dans la fistule et produire une sensation désagréable, ou si la fistule coule plus abondamment lorsqu'il laisse séjourner pendant quelque temps

un liquide dans la bouche ; abstraction faite de ces signes, dis-je, la forme elle-même que la fistule présente à l'extérieur peut mettre le médecin sur la trace de la cause qui l'a produite. En effet, le méat extérieur représente un petit tubercule arrondi, mamelonné, froncé en cul de poule, dur et brunâtre, au centre duquel est percée une petite ouverture, et tout autour duquel se trouve une légère dépression. Ce signe est constant et contribue à changer en certitude le soupçon qu'on a pu concevoir sur l'étiologie de la lésion.

M. Serre d'Uzès a rassemblé quelques cas où une grave méprise avait été commise. Dans l'un, il y avait fistule à la hauteur du maxillaire inférieur, avec perte de substance assez considérable : on fit la résection d'une partie de l'os ; mais la fistule n'en persista pas moins. Dans un autre cas analogue, on réséqua par deux traits de scie verticaux la portion d'os où se trouvait la fistule, en y comprenant la dent qui y était implantée. Le malade guérit ; mais, en examinant la pièce pathologique, l'on reconnut que la fistule était due à la carie de la dent, et, conséquemment, que l'avulsion de celle-ci eût été plus rationnelle, moins difforme, et surtout moins douloureuse pour le patient.

Autre exemple. Delpech donnait depuis six mois des soins à un Anglais résidant à Toulouse, et affecté également d'une fistule de la face, contre laquelle le célèbre chirurgien avait en vain employé la compression, les pommades résolutives et irritantes, et même la cautérisation. A cette époque, il survint de l'autre côté de la mâchoire une fluxion pour laquelle l'Anglais fit appeler un dentiste : celui-ci, après avoir arraché la dent qui depuis quelques jours seulement était devenue douloureuse, proposa l'extraction de celle qui seule, disait-il, entretenait la fistule, et après l'avulsion de laquelle il garantissait la guérison. Le lord ne voulut pas se soumettre sans avoir pris conseil de son chirurgien. Delpech l'y décida, et l'Anglais fut guéri. Instruit par cet exemple, le même auteur raconte qu'il guérit peu de temps après, par le même moyen, une dame atteinte depuis longtemps d'une semblable fistule contre laquelle tous les moyens avaient jusqu'alors échoué.

De telles erreurs de diagnostic, si graves dans leurs suites et quelquefois si compromettantes pour la réputation du médecin, nous autorisent à donner ici quelques détails sur la manière dont on doit procéder à l'examen de la bouche, sur les difficultés qu'il offre quelquefois, et sur les variétés de lésion qu'il présente à l'observateur.

On doit commencer par l'examen de la gencive. Quelquefois,

mais c'est le cas le plus rare, on y sent un cordon noueux appliqué contre l'alvéole de la dent qui occasionne la fistule, et donnant au doigt explorateur une sensation analogue à celle qu'il perçoit en suivant le trajet d'une fistule urinaire. D'autres fois, la gencive est plus rouge et un peu décollée, ou bien, à la suite d'inflammations répétées, elle est froncée ou accolée à la muqueuse qui double le buccinateur. Enfin, la gencive peut être saine au moment où l'on entreprend l'examen ; mais le malade vous dit qu'elle s'engorge par intervalles et détermine une fluxion de la joue du même côté.

Puis l'on passe à l'examen des dents elles-mêmes. Si c'est une dent à une seule racine qui produit la fistule, il n'est pas difficile de l'apercevoir, parce que sa racine est ordinairement rectiligne, et que la dent lésée se trouvera directement au-dessus de la fistule ; mais si c'est une dent à plusieurs racines, la chose n'est plus si facile, et il faudra avoir recours aux moyens de diagnostic que nous allons indiquer avec M. Pétrequin.

1° Un des pans verticaux de la couronne est attaqué. Si c'est un pan libre, la vue suffit ; si c'est un des côtés contigus à une autre dent, l'on ne saurait voir la lésion : il faut employer alors un gargarisme froid, et la douleur accusée par le malade indiquera souvent quelle est la dent cariée ; une légère pression, et même la percussion exercée sur chacune des dents en particulier, conduira plus sûrement encore au même résultat.

2° Ce n'est plus la même portion de la dent qui est attaquée, c'est un point situé entre la racine et la partie visible de la couronne : ici l'on aura recours aux moyens précités, et, pour plus de sûreté, on pourra, avec un instrument quelconque, déchausser en partie la dent, avant de se décider à l'arracher.

3° Ici c'est une lésion de l'axe de la dent. Au centre de la couronne se trouve une ouverture, de grandeur variable, qui traverse verticalement la dent et ressort à l'extrémité de la racine, à l'endroit où les nerfs et les vaisseaux y pénètrent : quelquefois cette perforation est très-peu apparente, et l'on ne peut s'en convaincre qu'après l'extraction et la macération de la dent. Le gargarisme et la percussion seront encore utiles ici. D'autres fois la carie agrandit ce canal artificiel : chez notre malade, elle avait détruit la couronne, et il ne restait plus que la racine dont un canal occupait tout l'axe; chez lui aussi, le passage de l'air par cette ouverture, la sensation douloureuse dont il s'accompagnait, et la plus grande quantité de liquide que laissait échapper la fistule quand la bouche en était remplie, étaient tout autant de signes qui avaient beaucoup de valeur, et qui pourraient égale-

ment, sur d'autres sujets, assurer le diagnostic, si les mêmes circonstances se représentaient.

Le pronostic d'une fistule qui reconnaît pour cause une carie dentaire n'a rien de fâcheux en lui-même ; ici s'applique le mieux le principe : *sublatâ causâ, tollitur effectus*, et c'est une raison de plus de bien reconnaître cette cause. Quelle différence n'y a-t-il pas, en effet, entre le pronostic d'une fistule dentaire et celui d'une fistule entretenue par la nécrose ou la carie du maxillaire, qui envahit les alvéoles voisines, donne naissance à un pus ichoreux, d'une odeur infecte, et dont l'effet peut être pernicieux à l'organisme, s'il est avalé par le malade avec la salive, par inadvertance ou pendant le sommeil?

Mais ce n'est pas une raison pour regarder ces fistules comme chose légère : l'inflammation continuelle qu'elles produisent dans les parties environnantes doit faire craindre l'extension de la maladie aux tissus qu'elle parcourt, et en particulier une véritable carie du maxillaire, sur laquelle le pronostic à porter serait bien différent.

Une fois la cause bien reconnue, rien de plus facile que le traitement de la maladie : il consiste simplement, comme on l'a sans doute déjà pressenti, à extraire la dent cariée, ou seulement ses racines, si, comme dans quelques cas, il ne reste plus que celles-ci. La guérison ne se fait pas attendre : l'alvéole et la gencive reviennent graduellement sur elles-mêmes, interceptent ainsi toute communication entre la cavité buccale et le trajet fistuleux : celui-ci s'oblitère , son tubercule terminal s'affaisse, prend peu à peu la nature et la couleur de la peau des parties environnantes, et au bout d'un temps qui varie entre cinq et quinze jours, il ne reste plus qu'une cicatrice un peu déprimée, formant un petit enfoncement qui finit, à la longue, par se combler complètement.

Voici de nouveaux exemples de la même affection :

Obs. II. — Jacques Curtat, de Crémieux (Isère), âgé de 15 ans, d'un tempérament lymphatique , s'aperçoit depuis cinq mois de l'apparition d'une petite tumeur dure et indolente au-dessous et au milieu de la branche droite du maxillaire-inférieur ; cette tumeur grossit, devient rouge à son centre, au milieu duquel il survient un petit bouton. Un médecin de Crémieux en pratique l'ouverture il y a deux mois : il en sort beaucoup de pus, et il s'établit en ce point une fistule qui donne constamment un produit de suppuration. Un mois après, il vient à Lyon, où un chirurgien fait appliquer sur le trajet fistuleux des cataplasmes

de farine de lin et de carottes râpées. L'état du malade ne s'est nullement amélioré.

Le 1er septembre 1841, jour de son entrée à l'Hôtel-Dieu, M. Pétrequin constate une fistule au niveau de la troisième petite molaire droite inférieure; la gencive est fortement engorgée et donne sous la pression issue à du pus. — Le 9, on extrait la dent, qui était brune et altérée au-dessous de sa couronne, et paraissait l'être dans ses racines. L'engorgement diminue rapidement, et, le 11, le malade se trouve si bien qu'il demande à sortir : la suppuration se tarit peu à peu, et le 14 elle a cessé. Le malade sort complètement guéri le 18 septembre.

Ces deux premiers exemples ont trait à une fistule dentaire du maxillaire inférieur; les deux suivants sont plus rares; ils ont rapport à des lésions de l'arcade dentaire supérieure.

Obs. III. — Jeanne Côte, 30 ans, de Perreux (Loire), brodeuse, fut atteinte il y a trois ans, et sans cause connue, d'une fluxion du côté droit de la face ; huit jours après, il s'ouvrit sur la joue, au niveau des petites molaires supérieures du même côté, une fistule qui laissait constamment échapper un liquide blanc-jaunâtre, quelquefois un peu sanguinolent, et qui, au bout de quatre mois, se ferma spontanément. — Il y a dix mois, la fluxion reparut, et avec elle la fistule et les symptômes précités ; un médecin y fit une ouverture cruciale et y pratiqua ensuite la cautérisation avec l'azotate d'argent, puis appliqua des cataplasmes, des emplâtres, etc.

Son état ne s'améliore pas ; elle entre à l'Hôtel-Dieu le 8 juillet 1842, dans le service de M. Pétrequin, qui trouve la deuxième petite molaire brisée jusqu'à la racine : la malade se rappelle qu'avec chaque fluxion coïncidaient des douleurs dentaires dans cette région. Au niveau de la racine de la première molaire vient s'ouvrir une fistule dont le trajet est marqué par une petite corde résistante partant de la gencive de cette même dent; elle est très-étroite et n'admet qu'un stylet très-ténu. On combat d'abord l'irritation par des cataplasmes émollients, et, le 16 juillet, M. Pétrequin arrache la première molaire dont la racine se trouve en effet cariée. Le 23 juillet, la fistule ne laisse plus écouler de suppuration. — Le 25, elle est complètement fermée.

Du 16 juillet au 1er août, on extrait à trois reprises différentes les racines brisées de la deuxième molaire. — Le 3 août, la malade sort parfaitement guérie.

On peut remarquer ici quel fondement il convient de faire sur les assertions des malades : celle-ci disait n'avoir jamais eu mal aux dents, et la couronne de la seconde petite molaire man-

quait ; ses racines même étaient cariées, et ce ne fut qu'après plusieurs interrogatoires qu'elle mentionna les douleurs dentaires qui avaient accompagné chaque fluxion.

Dans le cas qui vient d'être rapporté, comme dans celui qui va suivre, on a été obligé de faire précéder l'extraction de la dent par des gargarismes et des applications émollientes pour calmer la douleur et l'irritation locale.

Obs. IV. — Claudine Noyelle, âgée de 40 ans, dévideuse, d'assez bonne constitution, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 6 août 1842, avec une fistule existant au niveau des deuxième et troisième molaires supérieures droites.

Il y a onze mois, il lui survint, du même côté, une fluxion considérable de la joue, qui, pendant une nuit, la priva de sommeil ; quinze jours après, il s'établit entre l'os malaire et la commissure des lèvres une ouverture qui n'a pas cessé de donner issue à un pus quelquefois sanguinolent, et il survenait de temps en temps une nouvelle fluxion. Le premier médecin qu'elle consulta y fit appliquer des cataplasmes émollients ; un autre, des compresses de vin aromatique accompagnées d'injection de la même liqueur, etc... Ces médications restèrent sans aucun résultat. A son entrée à l'Hôtel-Dieu, le 6 août 1842, l'ouverture extérieure de la fistule donne issue par la pression à un peu de pus ; elle est située sur un petit tubercule entouré d'une cicatrice rouge, dure et déprimée : son trajet sinueux, et qui n'admet qu'un stylet très-délié qui n'arrive pas jusqu'à l'os, est marqué, comme dans l'observation III, par une corde résistante qui correspond à la première grosse molaire, parfaitement saine extérieurement. M. Pétrequin hésita quelque temps à arracher une dent si belle en apparence : il prescrivit quelques gargarismes, et ce ne fut que le 18 août qu'il en fit l'avulsion, reconnaissant là les symptômes d'une fistule dentaire, et considérant l'inutilité des moyens jusqu'alors employés. Son diagnostic se trouva justifié : la dent était affectée d'une carie infundibuliforme siégeant à son collet, et s'enfonçant profondément dans son intérieur. — Le 20, il n'est rien sorti par la fistule. — Le 22, elle est oblitérée. — Le 24, on fait la section du trajet fistuleux, afin de le rendre moins tendu et de diminuer la dépression extérieure. — Le 29, la fistule n'a pas donné depuis l'opération ; l'orifice extérieur est moins enfoncé depuis le débridement. La malade sort guérie.

Ici encore la malade affirmait n'avoir jamais eu mal aux dents, et cependant la première grosse molaire gauche manquait, la couronne en était tombée spontanément à diverses reprises.

Nous avons dernièrement observé un nouveau cas qui sert de confirmation aux propositions que nous avons émises dans le courant de cette note, et où les déductions que nous en avons tirées trouvèrent leur application.

Aucune fistule, il est vrai, ne s'était encore déclarée chez ce malade; mais l'affection, que produisait la carie dentaire, se renouvelait par intervalles, et aurait pu amener une véritable fistule, puisque, dans le traitement employé jusqu'alors, on n'avait tenu aucun compte de la cause occasionnelle.

Guidé par les faits analogues qu'il avait déjà observés, M. Pétrequin soupçonna la cause de la maladie, et quand l'inflammation fut dissipée, et que le malade put ouvrir la bouche, il vit sa conjecture vérifiée par le fait, ordonna l'extraction de la dent, et la guérison s'ensuivit.

Voici maintenant ce fait :

Obs. V. — Un homme de vingt-quatre ans, d'un tempérament lymphatique, se présente à l'Hôtel-Dieu avec une fluxion considérable de tout le côté gauche de la face. Il y a sept ans que la dernière petite molaire gauche a commencé à se carier; elle n'occasionne des douleurs que depuis quatre ans.

Il y a quatorze mois qu'il se développa pour la première fois une fluxion de la joue gauche qui dura deux semaines; elle reparut il y a dix mois, et disparut en peu de temps après une application de sangsues.

Il en fut atteint pour la troisième fois, il y a sept mois; un abcès se forma sur la gencive de la dent malade : la rupture de cet abcès et des cataplasmes émollients dissipèrent de nouveau la maladie. Enfin, il y a quatre mois qu'il entra à l'hôpital pour se faire guérir d'une quatrième fluxion, qui fut encore accompagnée de la formation d'un abcès à la gencive. On ouvrit l'abcès, on appliqua des cataplasmes, et le malade fut de nouveau soulagé.

Au commencement de mars 1844, il se présente de nouveau à l'Hôtel-Dieu : la joue est enflée; dans un endroit correspondant aux petites molaires inférieures, l'on trouve un point jaunâtre un peu proéminent, qui recouvre évidemment un abcès. L'introduction du doigt dans la bouche est à peine possible. On sent que la dernière petite molaire est cariée et que sa couronne est en partie détruite; la pression qu'on y exerce est douloureuse, ainsi que le contact de l'air, quand le malade fait une forte inspiration.

Quelque indiquée que paraisse l'avulsion de la dent malade, elle est rendue impossible par le fait que le malade ne peut

écarter suffisamment les mâchoires. On se contente donc d'inciser la joue dans le point qui est le siége visible d'un abcès; il en sort un pus bien lié. On combat l'inflammation par des applications émollientes, et au bout de quelques jours la douleur est plus supportable; la tuméfaction diminue, et la bouche peut être ouverte. Il s'écoule, par l'incision, un liquide séro-purulent, quelquefois sanguinolent.

Quand l'inflammation est abattue, on extrait la dent malade: tous les symptômes cessent bientôt, et, dix jours après, l'incision factice ne laisse plus échapper aucun liquide. On lui laisse encore le temps de se cicatriser complètement, et vingt jours après l'extraction de la dent, le malade sort parfaitement guéri.

Les lésions qui viennent de nous occuper reconnaissent donc pour cause une carie dentaire, simulent des affections d'une gravité bien plus grande, par exemple, la névrose du maxillaire, et pourraient porter le praticien à entreprendre contre elles des opérations qui rentrent dans le domaine de la haute chirurgie; tandis qu'une simple extraction de dent en eût fait plus promptement et plus sûrement justice.

L'exostose des racines des dents pourrait peut-être donner lieu à une fistule dentaire, mais le plus ordinairement elle occasionne des douleurs vives qui s'irradient en différents sens et en ont souvent imposé pour une névralgie faciale contre laquelle on a vainement employé la section des cordons nerveux; elles revêtent même quelquefois un caractère de périodicité qui tend encore plus à égarer le praticien dans son diagnostic et son traitement. M. Talma en cite plusieurs exemples (*Affections douloureuses de la tête déterminées par l'exostose des dents.* Bruxelles, 1843.)

Les résultats de l'exostose et ceux de la carie ne sont donc pas les mêmes; et si nous les avons rapprochées dans cette courte digression, c'est que l'une et l'autre simulent des affections graves, et que le même traitement triomphe également bien de toutes deux.

---

14. *Mémoire sur les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus;* par M. Malgaigne.

(Journal de Chirurgie de M. Malgaigne, septembre 1845.)

Bien que l'extrémité supérieure de l'humérus, limitée en bas au niveau de l'insertion du grand pectoral et du grand dorsal, ne présente ainsi qu'une étendue fort restreinte, l'observation y a montré cependant plusieurs espèces de fractures fort distinctes

par le siége autant que par les autres conditions. On peut les ramener à trois principales : 1° les fractures extrà-capsulaires, occupant ce que l'on a appelé le col chirurgical de l'humérus, et auxquelles se rattachent les décollements épiphysaires observés sur de jeunes sujets : je leur réserve particulièrement le nom de *Fractures du col de l'humérus ;* 2° les fractures intrà-capsulaires, occupant le col anatomique ou la tête de l'os, et qui, à mon sens, seront mieux désignées sous le nom de *Fractures de la tête humérale;* 3° enfin, les fractures de la grosse tubérosité ou du trochiter. Tantôt ces fractures existent isolées, tantôt elles se combinent l'une avec l'autre; et, de là, de notables variétés. Mais chacune de ces grandes espèces réclame, à bon droit, une étude spéciale ; et nous nous occuperons d'abord de la plus fréquente, et par là même de la plus importante de toutes : la fracture extrà-capsulaire ou du col de l'humérus.

Section Ire. Des fractures extra-capsulaires ou du col de l'humérus.

Celles-ci ont donc pour siége spécial cette portion de l'os comprise entre la capsule et l'insertion des muscles grand pectoral et grand dorsal ; et, pour en donner d'abord une idée anatomique plus exacte, elles divisent généralement l'os à l'endroit où sa portion diaphysaire se termine et se sépare nettement de la portion spongieuse. Lorsqu'on scie un humérus dans le sens vertical en coupant la tête par le milieu, on voit du premier coup d'œil que la paroi compacte du canal médullaire va en diminuant progressivement vers les deux extrémités : du côté de la tête, elle finit en dedans, un peu au-dessous de l'insertion de la capsule; en dehors, elle se prolonge un peu plus en haut jusqu'à la base de la grosse tubérosité, mais tellement amincie, qu'elle n'offre que peu de résistance. Comme l'endroit où cette paroi compacte cesse enfin pour faire place au tissu spongieux pur est en même temps le plus rétréci de cette partie de l'os, on comprend pourquoi il résiste le moins à une violence extérieure.

Il y a d'abord un point important dont les chirurgiens doivent bien se pénétrer, c'est la fréquence de cette fracture.

Les vieillards y sont particulièrement sujets; nouveau point de ressemblance avec les fractures du col fémoral.

Quant aux causes déterminantes, Boyer professait que le col huméral ne se brisait que sous l'influence d'une cause directe, comme une chute ou un coup sur le moignon de l'épaule. C'est là assurément le mécanisme le plus fréquent, comme pour les fractures du col du fémur, et jusqu'ici je n'ai pas encore vu d'exemple contraire.

Autant qu'il est permis d'en juger par les faits connus jusqu'à ce jour, la fracture affecte généralement la direction transversale, avec de nombreuses dentelures à sa circonférence, comme, au reste, la plupart des fractures des extrémités des os longs; plus rarement, elle est oblique; d'autres fois, enfin, elle se complique ou de petites esquilles, ou de fractures dans un autre sens, qui détacheraient par exemple les tubérosités de la tête humérale. Dupuytren fit voir un cas de ce genre, à sa clinique, en 1830, et il émit l'opinion que cette espèce d'arrachement des deux tubérosités avait eu lieu au moment de la violence extérieure, par la brusque contraction des muscles qui s'y insèrent. S'il y avait arrachement réel, c'est-à-dire séparation complète avec notable écartement des deux tubérosités, cette étiologie me paraît la plus probable (je reviendrai d'ailleurs sur ce point en traitant des fractures du trochiter); mais autrement la violence extérieure suffit, de reste, pour produire des fractures multiples dans cette région. J'ai vu assez souvent les mouvements communiqués à la diaphyse faire percevoir, vers le col et la tête de l'os, une sensation pareille à celle de plusieurs noix qu'on broierait dans la main; et je crois fermement qu'il y avait là des fractures multiples.

Les phénomènes de cette fracture sont décrits par la plupart des auteurs comme si le déplacement était constant ou à peu près, et comme si ce déplacement avait lieu lui-même dans une direction toujours invariable.

Sur plus de vingt fractures du col huméral que j'ai successivement observées à Bicêtre, à l'Hôpital des cliniques, à Saint-Antoine, à Saint-Louis, et enfin dans ma pratique particulière, je n'ai vu que deux exemples de déplacement, qui seront rapportés tout à l'heure.

Dira-t-on cependant que l'expérience d'un seul homme ne saurait suffire, quand elle est contraire à l'expérience de tous? Recherchez donc alors si c'est bien réellement l'expérience qui a parlé, et si elle n'a pas été écartée par la théorie.

Je ne nie point les déplacements selon l'épaisseur, puisque j'ai eu occasion d'en observer moi-même; mais je maintiens qu'ils constituent une très-rare exception.

La nature de ces déplacements est assez variable. Tantôt les fragments ne s'abandonnent qu'à demi; l'un des deux dépasse l'autre du tiers ou de moitié de son épaisseur, et le plus ordinairement le fragment inférieur est porté en dedans ou du côté de l'aisselle. C'est là aussi ce qu'indiquait la théorie ordinaire: malheureusement cette théorie n'admet pas de déplacement en

d'autres sens, et elle se trouve encore ici en désaccord avec les faits.

La septième observation de Desault, dans son *Journal de Chirurgie*, nous montre le fragment inférieur porté en arrière. Il s'agit d'une femme de 64 ans, qui s'était fracturé le col huméral en tombant de sa hauteur.—« *Le raccourcissement était sensible, le coude se portait un peu en devant, et l'humérus se dirigeait derrière la cavité glénoïdale.* » Si l'observateur ne s'est pas trompé, il est impossible de décrire plus nettement le déplacement en arrière.

Dans la quatrième observation de M. Marx, le déplacement était en avant. La fracture existait chez un jeune homme de 14 ans qui avait fait de dessus une balançoire une chute sur le côté droit, le coude porté au-devant du corps. — « *On reconnaît une fracture du col anatomique de l'humérus, oblique de haut en bas et d'avant en arrière, avec déplacement considérable et saillie en avant du fragment inférieur.* » — Cette saillie ne put même être corrigée par aucun appareil, et elle était encore de cinq à six lignes après la consolidation. Je ne m'arrête pas à discuter la qualification de *fracture du col anatomique ;* cela ne peut pas être considéré autrement que comme un *lapsus calami* du rédacteur.

Reste maintenant le déplacement en dehors ; et il est digne de remarque que les observations en sont plus communes que pour les déplacements en avant et en arrière. Desault en a vu un exemple sur un enfant de cinq ans : — « *On sentait à travers les « parties molles l'extrémité petite et inégale du fragment inférieur « placée au côté externe et à peu près au niveau de la tête de l'os.* » (Obs. III.) Il y en a un autre cas dans le Mémoire de M. Marx; Palletta en a publié une observation très-curieuse : un autre se lit dans une thèse de M. Besnard, soutenue à Paris en 1806 ; et M. Duret, cité par l'auteur de cette thèse, en avait également vu un exemple.

Ces derniers déplacements ne peuvent pas assurément être attribués à l'action musculaire ; et il faut bien admettre comme cause la direction variable de la fracture, ou la direction de la violence extérieure. Supposez une fracture oblique de haut en bas et de dehors en dedans, à peu près parallèle au col anatomique de l'humérus, le fragment inférieur retenu par l'autre ne saurait absolument se porter en dedans ; il pourra bien, si le choc extérieur le pousse en avant ou en arrière, se dévier dans l'une ou l'autre de ces directions : si, au contraire, la force fracturante épuisée le laisse libre et soumis seulement à l'action musculaire, celle-ci tendra à l'attirer en haut et à le faire chevaucher sur le fragment supérieur ; mais il ne saurait remonter sans se porter

en même temps en dehors. On comprend que, si la fracture est transversale ou comminutive, la direction de la violence extérieure suffirait seule à expliquer ces divers déplacements.

Maintenant, est-il vrai, comme le prétend Boyer, que jamais le déplacement selon l'épaisseur n'est porté assez loin pour que les fragments cessent de se toucher ? Et, le cas admis comme possible, est-il vrai que le poids du membre suffira pour que le chevauchement soit toujours peu considérable ? Ces deux assertions étaient réfutées d'avance par les faits; et déjà Bichat citait un cas où l'on avait vu *le corps de l'os, tiré en haut ou repoussé dans ce sens, percer le muscle deltoïde, les téguments, et dépasser de beaucoup le niveau de la tête.* Sans insister sur ce fait exceptionnel, d'autres exemples de chevauchement considérable avaient été vus par divers observateurs, et notamment par Dupuytren. Mais il ne sera pas indifférent pour ceux qui aiment à suivre le développement des théories scientifiques, de rappeler que J.-L. Petit lui-même n'attribuait quelque influence au poids du membre pour amoindrir le chevauchement que dans les fractures situées au-dessous du deltoïde, attendu qu'au-dessus, la force de ce puissant muscle, venant en aide aux autres, annulerait l'action de la pesanteur.

Mais le chevauchement bien démontré, il reste encore à savoir dans quels rapports nouveaux se trouvent les fragments tout à fait séparés l'un de l'autre.

A s'en rapporter à Bichat, le fragment inférieur seul prendrait part au déplacement, et non le supérieur, *qui a trop peu d'étendue, et sur lequel agissent trop peu de puissances particulières;* et dans une série de planches publiées à Londres en 1835, et dans lesquelles M. Hind a cherché à exposer tous les déplacements produits dans les fractures, on ne voit également figurer que la traction du fragment inférieur en dedans par les muscles grand pectoral, grand rond et grand dorsal. Boyer accorde, à la vérité, que les muscles sus-épineux, sous-épineux et petit rond font exécuter au fragment supérieur un mouvement qui dirige la surface de la fracture en dehors ; mais cela avait pour lui assez peu d'importance, puisqu'il ne croyait pas que les fragments pussent cesser de se toucher.

Or , l'anatomie pathologique a montré encore ici combien ces théories étaient vaines, combien ces expériences sur le cadavre étaient trompeuses, lorsqu'il s'agit d'étudier l'action des muscles vivants. Il est urgent, avant d'aller plus loin, de mettre sous les yeux du lecteur le fait important qui a éveillé mon attention sur l'histoire de cette fracture.

Obs. — Le nommé Poincet (André-Louis), âgé de 77 ans, admis depuis deux années à Bicêtre, étant allé s'enivrer à Paris le 3 janvier 1841, et rentrant le soir dans un petit logement qu'il y avait conservé, fit une chute dans l'escalier, et du moignon de l'épaule gauche heurta directement contre le rebord saillant d'une marche. Il fut relevé par ses voisins, et garda sa chambre jusqu'au 6 janvier, où il se fit transporter dans un fiacre à Bicêtre. On le plaça immédiatement dans la salle de chirurgie, n° 16.

Le lendemain, à la visite, il nous offrit les phénomènes suivants : contusion profonde de l'épaule, avec une ecchymose considérable, surtout à la partie antérieure et externe, s'étendant en haut jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de la clavicule, en bas jusque vers le tiers inférieur du bras, en avant sur toute la partie antérieure et externe du thorax du même côté. Le moignon de l'épaule, considérablement tuméfié, n'avait point de rondeur régulière ; l'acromion faisait une saillie à peine sensible, mais sans dépression au-dessous ; la pression rencontrait en cet endroit un corps dur et résistant, qui fut considéré comme la tête de l'os ; au-dessous de cette tête et au niveau de la partie inférieure du deltoïde, manifestement rétracté et raccourci, existait une dépression très-sensible. Dans le creux de l'aisselle, aucune saillie ; mais, en avant, une proéminence osseuse soulevait les chairs à peu près vers l'union du deltoïde et du grand pectoral, plus en dedans que l'apophyse coracoïde. Si, en embrassant le coude, on faisait exécuter au bras des mouvements de rotation, on sentait facilement cette saillie tourner en même temps sous les doigts : la tête restée dans sa cavité demeurait au contraire immobile ; et toutefois ces mouvements de rotation produisaient une crépitation des plus marquées. Le coude était écarté du tronc ; mais on l'en rapprochait aisément, et, en général, le bras obéissait à tous les mouvements communiqués, tandis que tout mouvement volontaire était impossible. La mensuration des deux bras, faite avec soin, donna pour le membre blessé un raccourcissement de près de trois centimètres. Il faut noter que le malade n'avait été jusque-là visité par personne, et que, dans le trajet de Paris à Bicêtre, il avait eu soin de soutenir l'avant-bras comme en écharpe, en plaçant la main dans son gilet.

La fracture du col huméral était évidente ; et, en conséquence, j'essayai d'abord de la réduire. Mais ayant éprouvé une trop forte résistance, le malade d'ailleurs n'accusant que très-peu de douleur lorsqu'on n'y touchait pas, et jouissant d'un sommeil

tranquille, je me déterminai à attendre la diminution du gonflement; et le bras fut simplement placé sur un coussinet, et tenu en demi-flexion à l'aide d'une écharpe. Tout alla bien les premiers jours : la douleur avait entièrement disparu; le gonflement et l'ecchymose diminuaient notablement ; mais l'état général devint inquiétant. Le malade était toute la journée dans un état de demi-sommeil ; il allait en s'affaiblissant graduellement, sans autres symptômes bien tranchés, répondant toujours qu'il se trouvait bien : sur la fin seulement, la face prit un léger caractère de stupeur; et il s'éteignit ainsi le 29 janvier à neuf heures du matin, sans que la facture eût été réduite.

La dissection fut faite par moi-même et avec une grande attention. Le tissu cellulaire sous-cutané était à peu près revenu à son aspect normal. En détachant le grand pectoral des couches sous-jacentes, on tomba dans un foyer de pus sanieux d'un jaune-brunâtre, à parois membraneuses assez solides ; la paroi antérieure adhérait fortement à la face postérieure du grand pectoral et du deltoïde, et offrait en quelques points une consistance fibro-cartilagineuse ; la paroi postérieure s'appliquait en haut à la face antérieure du petit pectoral, et plus en dehors sur la courte portion du biceps ; mais, plus profondément, il y avait un diverticulum qui remontait à quinze millimètres environ en arrière du tendon du petit pectoral. Le fond de ce diverticulum était constitué par une pseudo-membrane très-dense qui le séparait du tissu adipeux de l'aisselle; cette membrane descendait jusqu'au niveau de l'insertion humérale du grand pectoral, où elle se repliait sur le bout saillant du fragment supérieur, et se continuait d'autre part avec la paroi antérieure du hyste. Au premier abord , le kyste paraissait envelopper absolument ce fragment, sans aucune communication avec le fragment supérieur ; mais nous trouvâmes enfin un petit conduit fistuleux qui se portait en dehors et en haut vers l'acromion , et aboutissait à la surface fracturée du fragment supérieur.

La disposition des fragments appela ensuite notre attention. L'inférieur, plongeant dans le foyer par toute la portion qui débordait l'insertion du grand pectoral, paraissait avoir été fracturé transversalement à trois centimètres environ au-dessus de cette attache; toutefois la cassure de la substance compacte corticale était fort irrégulière, présentant des pointes aiguës et des angles rentrants. Les bords de cette substance compacte étaient aussi nets et aussi abruptes que dans une fracture récente ; tandis que la substance spongieuse paraissait recouverte d'une pseudo-membrane organisée, d'un aspect rougeâtre et irrégulier.

Tout le périoste de la portion libre dans le kyste purulent était épaissi, comme fibro-cartilagineux; la gouttière du long tendon du biceps offrait quelque chose d'assez remarquable. Vers le haut du fragment, elle était obturée par de la matière fibro-cartilagineuse; le tendon l'avait quittée, et immédiatement au-dessus de l'attache du grand pectoral, il se repliait à angle droit sur la face antérieure de l'os, où il s'était creusé une gouttière transversale dans la matière fibro-cartilagineuse, et d'où il allait rejoindre son insertion naturelle.

Jusque-là nous ne pouvions comprendre ce qu'était devenu le fragment supérieur. Enfin, tout le deltoïde étant enlevé, on aperçut sa surface fracturée regardant en dehors et un peu en haut, et se cachant même dans une très-petite étendue sous le bord externe de l'acromion. La fracture paraissait encore ici transversale, siégeant au-dessous des tubérosités et de la capsule articulaire qui n'était nullement ouverte; et quand nous eûmes détaché celle-ci en partie de ses connexions au col de l'humérus, nous vîmes bien plus clairement encore que la tête avait été complètement renversée en bas et en dedans par l'action du sus-épineux, aidé probablement des autres muscles scapulaires; et ce mouvement, qui correspond à la plus haute élévation possible du bras, n'avait été arrêté, en effet, que par la tension de la capsule à sa portion inférieure. C'était donc cette partie de la capsule qui constituait une partie de la paroi postérieure du foyer; ce que nous n'avions pas deviné jusqu'alors : le fragment inférieur était en contact par son côté externe avec cette capsule; et si nous eussions mené à bout notre dessein d'opérer la réduction, nous n'aurions encore réussi qu'à mettre la surface fracturée de ce fragment en contact avec la portion la plus inférieure de la capsule. Sans désemparer, et sur le cadavre même, nous expérimentâmes la manière dont il aurait fallu s'y prendre pour obtenir une réduction et une coaptation exactes; nous n'y parvînmes qu'en élevant le bras un peu plus haut que l'angle droit avec le tronc, le coude tout à fait en dehors et un peu élevé au-dessus du niveau des articulations sterno-claviculaires, l'avant-bras demi-fléchi et dans une position telle, que la main en supination exacte aurait tourné la paume directement contre le côté du thorax.

Le long tendon du biceps traversait la cavité articulaire comme à l'ordinaire. La surface fracturée de ce fragment était comme l'autre tapissée par une pseudo-membrane rougeâtre; mais la dessiccation ayant à peu près fait disparaître celle-ci, on trouva une esquille anguleuse de la couche corticale de l'os enfoncée dans le tissu spongieux de la tête, et ce tissu spongieux raréfié

de telle sorte que la surface fracturée apparaît notablement creusée au milieu.

J'ai décrit longuement cet aspect anatomique de la fracture: c'est que c'est là un fait unique, d'abord dans la science, mais, de plus, un fait-type, et qui éclaire d'une vive lumière le mécanisme de cette variété de fracture, jusqu'à présent ignoré, en même temps que la thérapeutique qui lui est propre. On y voit bien nettement les deux fragments séparés, le chevauchement porté aussi loin que possible, et donnant lieu à un raccourcissement de trois centimètres; mais surtout il n'est personne qui ne soit frappé de ce renversement inouï du fragment supérieur, déplacement dû cette fois tout entier à l'action musculaire, et qui explique si bien l'impossibilité de la réduction par l'extension faite dans la direction accoutumée pour les autres fractures de l'humérus.

Tels sont donc, établis sur l'observation clinique et l'anatomie pathologique, les grands déplacements que peut subir la fracture du col huméral; mais j'ai dit qu'ils ne se présentaient que rarement; que le plus ordinairement la fracture, n'offrant sur le vivant aucun déplacement appréciable, en révélait cependant un à l'autopsie qui n'avait pas été soupçonné. Voyons maintenant en quoi il consiste. *(La suite à un prochain numéro.)*

---

15. *Considérations pratiques sur la lithotritie, avec des observations de ce genre d'opération;* par M. le docteur Payan (d'Aix), D. M., chirurgien en chef à l'hôpital civil et militaire d'Aix.

(Journal des Connaissances médico-chirurgicales, août et septembre 1845.)

Qui ne sait combien nombreux ont été les instruments tour à tour proposés pour opérer le broiement de la pierre, pour faciliter l'issue des débris ou les triturer dans le canal même quand ils s'y arrêtaient, etc.?

La plupart d'entre eux peuvent être considérés comme appartenant à l'histoire ancienne de la lithotritie. Ainsi, sans songer à nier ce qu'il y a eu d'ingénieux dans l'invention de la pince à trois branches de M. Civiale, dans les lithotribes présentés par d'autres chirurgiens distingués, jusqu'au brise-pierre *percuteur* de Heurteloup, nous croyons pouvoir dire pourtant, sans erreur, que ce dernier, surtout avec les modifications importantes qu'on lui a fait subir, peut toujours remplacer avec avantage ses devanciers; et encore, parmi les brise-pierre exécutés d'après le mécanisme Heurteloup, celui que nous considérons comme préférable, comme atteignant le mieux le but désiré, est le brise-pierre

que l'habile fabricant d'instruments de chirurgie, M. Charrière, soumit à l'examen de l'Institut en 1837. Instrument à pression et à percussion, comme d'autres auparavant proposés, ce brise-pierre, dont nous avons eu plusieurs fois l'occasion de nous servir avec le plus grand succès, nous a paru offrir toute la solidité, la légèreté et la célérité d'action désirables ; qualités importantes pour le jeu de l'instrument, la recherche, le bris des fragments et la sûreté de l'opération. Ajoutons que, grâce à la fenêtre pratiquée sur tout le dos de la courbure, on a bien moins à redouter cette puissance démesurée qui résultait de l'action compressive d'autres instruments de ce genre, ni la difficulté de le fermer complètement, et que, grâce aussi à la crémaillère tracée sur la face supérieure de la branche mobile et à la clef latérale à pignon s'engrenant avec les dents de la crémaillère, sur lesquelles la retient un anneau circulaire, cet instrument hâte de beaucoup et dans un temps donné l'écrasement ou le broiement sans autant de retentissement et de secousses qu'avec les lithotribes précédemment usités. Nous rappellerons encore que, sur la tige mobile de l'instrument et à l'endroit où, celui-ci étant fixé, cette tige sort de la branche non mobile, se trouve une rondelle de refoulement servant de point d'appui au pouce de la main gauche, lequel, après la saisie du calcul et pendant le broiement, pressant toujours sur elle, sollicite constamment la branche mobile à s'approcher de la branche fixe, et ne laisse pas, par conséquent, au calcul le temps de s'échapper. Presque toujours, avec cet instrument, la pression avec la clef latérale suffit pour le broiement ; il est d'ailleurs aussi ingénieusement disposé qu'aucun autre pour la percussion, si l'action du marteau devient nécessaire. Par toutes ces considérations, ce brise-pierre nous paraît être un heureux perfectionnement apporté à l'opération de la lithotritie, et nous semble aussi devoir suffire aux praticiens qui tiennent moins à étaler de nombreux instruments qu'à posséder les seuls nécessaires. Ce sera assez pour eux d'avoir à leur disposition les numéros 1, 2 et 3, pour appliquer la lithotritie à tous les âges.

On n'ignore pas non plus que, pendant assez longtemps, des lits spéciaux ou bien des fauteuils mécaniques plus ou moins ingénieux avaient été aussi proposés comme nécessaires pour cette opération, de même que des étaux à main, des poignées, des supports de divers modèles, des seringues spéciales, des sondes à robinet, des sondes évacuatrices diverses, différentes pinces ou curettes uréthrales plus ou moins compliquées pour opérer le broiement des fragments engagés dans l'urèthre ou en provoquer la sortie, etc. Eh bien ! l'expérience a déjà démontré qu'il ne faut

point attacher à ces mêmes objets autant d'importance qu'on a voulu leur en donner, ou plutôt que l'on peut les remplacer avantageusement par d'autres que l'on a plus habituellement sous la main. Je m'explique :

Quoique nous ayons déjà plusieurs fois pratiqué la lithotritie, et que nous pussions disposer du lit rectangle de Heurteloup, que l'on sait être avec point fixe, semelle, matelas et pupitre, nous avons toujours trouvé plus commode, plus avantageux même, de nous servir en place, tantôt d'un canapé sans dossier, garni en paille, et dont on augmentait momentanément la largeur par la juxtaposition d'un fauteuil, tantôt, et mieux encore peut-être, d'un simple brancard quand nous pouvions l'avoir sous la main. Il importe d'ailleurs que ces objets n'aient qu'une hauteur de trente à trente-deux centimètres, sans quoi il pourrait convenir que l'opérateur fît mettre quelque chose sur le pavé, pour que ses pieds et son corps fussent relevés à proportion. Il faut alors, quand le moment de l'opération est venu, placer en travers sur le canapé, ou en long sur le brancard, un matelas un peu dur, dont on replie sur elle-même une des extrémités, savoir celle qui devra supporter le bassin du patient, lequel, étant de la sorte plus relevé que le restant du tronc, permettra au calcul de se porter de préférence vers le sommet de la vessie où il est plus facile de le saisir. Un oreiller placé sous la tête tendra à la relever pour la commodité du malade. Les pieds sont appuyés sur deux chaises placées de manière à ne pas gêner le chirurgien; et les genoux, relevés par la flexion des cuisses et des jambes, sont tenus par deux aides. Il sera facile de comprendre combien cette position offre d'avantages. Outre que, de la sorte, la pierre se porte par son propre poids à la partie indiquée de la vessie où elle est plus facilement saisie, il arrive encore que le chirurgien, dont le corps est droit et dont les mains manœuvrent à la hauteur de l'ombilic, se trouve de fait dans la situation la plus propice pour opérer avec aisance et sans fatigue, tandis qu'avec les lits mécaniques, les bras ne pouvant être qu'horizontalement tenus, il en résultait pour le chirurgien une perte considérable de forces qui, dans le présent cas, sont au contraire utilisées au profit de l'opération.

C'était sans doute à cause de la situation forcée à laquelle obligeaient les lits ou les tables dont on se servait, que l'on considérait comme nécessaires des étaux ou des poignées de divers modèles dans le but de tenir le lithotribe plus invariablement fixé; mais, en adoptant durant l'opération la position indiquée ci-dessus, on peut envisager ces objets comme désormais inutiles

ou à peu près. D'abord, avec les nouveaux brise-pierre, la simple pression opérée avec la vis latérale suffira presque toujours; et quand même il deviendrait quelquefois utile de recourir à la percussion, on pourra avec la main seule, aidée au besoin de celles d'un assistant, tenir assez fixement l'instrument pour agir en pleine sécurité par rapport à la vessie.

Relativement aux injections qu'il faut pratiquer, nous trouvons tout aussi commode, plus avantageux même peut-être, de remplacer les sondes spéciales qui avaient été imaginées dans ce but par une sonde ordinaire en gomme élastique. — Nous dirons de même qu'une seringue commune en étain, de la contenance de 150 à 180 grammes d'eau, suppléera très-bien aux instruments de même genre en cuivre étamé, maillechort ou argent, qui compliquent les boîtes à lithotritie et les surchargent. Mieux vaut une simplicité suffisante qu'un luxe inutile de moyens.

Il est encore une circonstance de la lithotritie pour laquelle de nombreux expédients avaient été aussi préconisés tour à tour, et surtout de nombreux instruments. Je veux parler de l'arrêt assez fréquent de quelques fragments de calcul dans l'intérieur de l'urèthre. Presque tous les opérateurs, en effet, avaient imaginé quelque modèle de pince uréthrale, de curette ou même de brise-pierre, appliqué aux calculs uréthraux, afin de saisir, de broyer sur place ou d'entraîner au-dehors le fragment engagé et retenu; mais l'expérience a encore démontré, quant à ce, qu'outre que ces instruments, parce qu'ils agissaient sur des parties déjà irritées par la présence d'un corps étranger, étaient d'un emploi excessivement douloureux, très-difficile et souvent impossible, il était avantageux de leur préférer de simples injections d'eau tiède portées tout près du gravier par le moyen d'une sonde ouverte à ses deux extrémités, ou même l'introduction d'une algalie, afin, dans l'un et l'autre cas, de repousser le corps étranger dans le réservoir urinaire. Il est entendu que nous ne voulons parler ici que des fragments retenus plus ou moins profondément dans l'urèthre, l'extraction de ceux rapprochés du méat étant d'ordinaire bien moins difficile. — Or, quoiqu'il soit vrai de dire que ces moyens répulsifs de l'extérieur à l'intérieur sont généralement suffisants pour combattre les accidents provenant de cette suite fréquente de l'opération du broiement, on ne peut douter pourtant qu'ils ne laissent encore à désirer sous quelques rapports; car le fragment n'étant que rejeté dans la vessie, on comprend qu'il peut être reporté par les urines dans le canal, et, en y étant retenu comme la première fois, y reproduire les mêmes accidents. La solution du problème serait donc plus

complète si, au lieu de repousser le corps étranger dans la vessie, on pouvait, en établissant une puissance expultrice agissant de dedans en dehors, le porter hors des voies urinaires, sans déterminer plus de douleurs, et surtout en en déterminant même moins qu'en le refoulant par les injections ou par l'introduction d'une sonde. Eh bien, nous pouvons déclarer qu'il sera souvent facile d'atteindre ce résultat en recourant au procédé suivant qui nous a réussi à merveille chez deux de nos opérés.

Lorsqu'après une séance de lithotritie, le malade éprouve les symptômes qui dénotent que quelque fragment de calcul est engagé dans les parties profondes de l'urèthre, et que, leur persistance faisant sérieusement craindre que les urines ne puissent l'entraîner, il devient urgent d'en débarrasser le patient, nous conseillons à celui-ci de retenir l'urine pendant un certain temps, deux ou trois heures par exemple, de boire même assez abondamment une tisane émolliente ou légèrement diurétique, ou de se mettre au bain afin d'augmenter momentanément la sécrétion urinaire. Quand ensuite nous comprenons que la vessie est fortement sollicitée à se contracter par la présence du liquide qui s'y est accumulé, nous introduisons un des forts numéros des cathéters de M. Mayor, le numéro 4 ou le numéro 5 par exemple, ou quelque bougie d'un fort calibre, jusqu'au corps étranger; ce qui se fait assez facilement, parce que l'instrument n'a pas à franchir le col de la vessie. La partie du canal qui est en avant du corps étranger étant ainsi élargie par la présence de la sonde, et le malade venant à céder au besoin d'uriner qui le presse, le fragment calculeux est vivement poussé par l'urine dont l'afflux dilate derrière lui l'urèthre, et tend d'autant plus facilement à se déjeter contre la sonde que celle-ci élargit les parois uréthrales. C'est alors et en même temps qu'en retirant doucement l'instrument, il arrive que sa sortie est suivie de l'issue du corps étranger vivement entraîné par le jet urinaire. Les choses se sont du moins ainsi passées pendant les deux fois où nous avons eu recours à ce procédé, que nous croyons susceptible de beaucoup d'applications, et que nous avons été presque étonné de ne pas trouver indiqué dans les écrits que nous possédons sur la lithotritie. Nous croyons avec confiance que cette manière de faire pourra s'adjoindre avec avantage aux autres expédients connus pour débarrasser l'urèthre des fragments de calcul qui s'y sont engagés et y sont retenus.

Le ramasseur de graviers, espèce de lithotribe qui se distingue par le renflement en cuiller de son extrémité vésicale, ne nous a pas été nécessaire jusqu'à ce jour. Nous concevons pourtant que dans quelques cas il puisse être utile de s'en servir. Celui à

pignon nous semble préférable aux autres. Un chirurgien de Marseille, de nos amis, est parvenu, à l'aide de ce seul ramasseur introduit vingt fois en autant de séances, à broyer et à extraire en débris un calcul dont était atteint un vieillard affecté en même temps d'un commencement de paralysie de vessie. Dans ce cas, l'instrument était retiré aussitôt que l'opérateur comprenait que la cuiller était pleine de détritus.

Il aura suffi de ce qui précède pour bien faire comprendre combien le manuel opératoire de la lithotritie s'est notablement simplifié sous le rapport instrumental. Or, en simplifiant ainsi ses moyens d'exécution, cette opération a réellement progressé dans la voie des perfectionnements, et s'est attiré les sympathies de nombreux incrédules à l'article de son efficacité. Qui ne se souvient encore de cette mémorable discussion qui s'était élevée, il y a quelques années, au seuil de l'Académie royale de médecine, touchant la lithotritie et la taille, et la prééminence que devait avoir l'une ou l'autre de ces opérations du premier ordre? Parmi les savants praticiens qui prirent part à ces débats chirurgicaux, les uns, ayant sans doute à cœur de faire revivre la faveur qu'avant la découverte du broiement des calculs les siècles avaient assurée à la cystotomie, crurent devoir déclarer, sans contester toutefois l'excellence de la lithotritie, que cette opération méritait moins d'éloges qu'on ne lui en accordait généralement alors ; que la grande faveur qui avait relui sur elle devait être attribuée en grande partie à la prévention et au prestige dont on avait su l'entourer, et qu'en examinant attentivement et sans idées préconçues les avantages et les inconvénients de ces deux modes opératoires, il y avait lieu de conclure, contrairement aux idées généralement reçues, que la lithotritie, quoique constituant une heureuse découverte, n'en restait pas moins, comparée à la cystotomie, une méthode simplement exceptionnelle. Les autres, plus admirateurs de la nouvelle opération, prirent énergiquement la défense de la lithotritie qui leur paraissait attaquée, s'élevèrent avec force contre les impressions de défaveur qu'ils croyaient qu'on voulait bien faire rejaillir sur elle, ajoutant que le temps l'enrichirait de perfectionnements qui lui manquaient encore. Or, l'intervalle de temps qui s'est depuis écoulé a heureusement démontré que les espérances de ces derniers n'avaient pas été déçues ; et en vérité le chiffre des statistiques, dont alors on se faisait fort pour désillusionner de la lithotritie, lui serait bien autrement avantageux aujourd'hui. Il est même à peu près certain que si des débats pareils devaient s'ouvrir de nos jours, ce serait d'un commun

accord que les chirurgiens proclameraient la lithotritie la méthode générale de traitement des affections calculeuses de la vessie, la taille devant être seulement réservée pour les cas plus rares où la première ne saurait convenir. Mais le nombre de ces cas sera de moins en moins commun à mesure que l'on se familiarisera davantage avec la lithotritie. Quand, en effet, les chirurgiens des provinces seront plus accoutumés qu'ils ne le sont encore au jeu des brise-pierre ; quand les malades calculeux sauront bien qu'en s'y prenant de bonne heure et en n'attendant pas que leur infirmité devienne trop ancienne et procrée des complications fâcheuses, ils pourront être assez facilement guéris sans recourir à l'opération sanglante de la taille ; nul doute que les uns et les autres ne pensent de bonne heure à la lithotritie, qui, s'appliquant alors dans des conditions favorables, sera d'une grande innocuité.

Après ces quelques considérations que j'ai cru utile d'émettre, je vais exposer le récit de cinq observations de lithotritie que j'ai eu occasion de pratiquer, et qui résument les principales circonstances que l'on peut rencontrer dans la pratique de cette opération.

Obs. Ire.— *Calcul vésical très-dur.— Irritabilité de la vessie très-marquée.— Cinq séances de lithotritie. — Guérison.* — M. Lyon, d'Aix, âgé de soixante-six ans, présentait depuis plus d'une année les symptômes les plus manifestes d'une affection calculeuse, quand il vint me consulter, en mars 1838. Quelque temps auparavant, il avait été soumis à des tentatives infructueuses de lithotritie par un chirurgien qui avait enfin cru devoir y renoncer pour conseiller la taille.

Comme le malade, qui avait une indicible aversion pour la taille, voulait savoir de moi si en réalité son état devait l'exclure irrévocablement du bénéfice de la lithotritie, je dus mettre la plus grande prudence à l'examen de cette question. Considérant pourtant que le canal permettait facilement l'introduction du lithotribe, que le calcul ne paraissait pas trop volumineux, etc., j'inclinai facilement pour l'opération du broiement, malgré l'état réellement maladif de la vessie. Celle-ci était, en effet, d'une irritabilité extrême ; le malade était obligé d'uriner très-fréquemment, savoir tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures, et les urines étaient catarrhales. Il y avait lieu de penser que la vessie était un peu hypertrophiée. C'étaient ces mêmes conditions défavorables, jointes à certaines difficultés éprouvées pour l'introduction d'un lithotribe, qui avaient fait renoncer au broiement. Mais il me parut qu'avec des soins préparatoires bien

ménagés, cet organe pourrait être mis dans des conditions suffisamment favorables. Mon opinion s'étant, du reste, accordée avec celle de plusieurs médecins de Marseille qui furent consultés par le malade, celui-ci se rendit de bon cœur à la lithotritie que nous lui avions proposée. En effet, sur la fin d'avril, je commençai l'usage des préparatifs de l'opération.

Des bains tièdes, des boissons mucilagineuses furent d'abord employés ; un peu plus tard, je pratiquai des injections intravésicales émollientes et légèrement narcotiques, faites doucement et à petit jet. J'eus même recours, afin de mieux combattre l'irritabilité vésicale, à la sonde à double courant montée de son tuyau d'ajoutage, pour pouvoir ainsi modérer plus convenablement, à l'aide du robinet du tuyau, le jet du liquide injecté, et mieux accoutumer encore la vessie à se laisser peu à peu remplir ou distendre. Cet expédient me fut effectivement très-favorable, et en moins d'un mois j'eus ainsi amené la vessie à contenir et à conserver pendant quelques minutes seulement cent cinquante grammes environ d'injection. Je n'attendis pas plus longtemps pour commencer l'opération.

La première séance eut lieu le 28 mai. Le malade fut disposé ainsi qu'il a été indiqué précédemment. La vessie ayant été alors modérément et doucement distendue, je procédai immédiatement à l'introduction du brise-pierre. Le calcul fut saisi et brisé en partie : il nous parut avoir le volume d'une grosse noix. Comme la frayeur faisait exagérer au malade les douleurs, légères pourtant, qu'il ressentait, je ne prolongeai pas la séance.

Cette première épreuve ne s'étant pas accompagnée de fièvre, n'ayant même pas nécessité le séjour au lit, et ayant été suivie de l'expulsion de débris calculeux, le malade fut rassuré et mieux disposé à se prêter aux séances consécutives.

La seconde tentative de broiement eut lieu le 31 mai, et dura quelques minutes : elle fut encore efficace et s'accompagna de l'issue de nombreux débris.

Le 4 mai, m'étant encore rendu auprès du malade pour continuer l'opération, je m'aperçus d'un commencement d'orchite du côté droit, où se trouvait déjà existant un varicocèle ancien et volumineux. L'engorgement testiculaire, que je crus devoir attribuer à l'absence d'un suspensoir qui aurait dû être porté et à un peu trop d'exercice que le malade s'était permis, fit quelques progrès et se termina ensuite par résolution. Et soit à cause du repos que cet accident fit prendre au malade, soit à cause des boissons adoucissantes dont il fit usage, comme aussi sans doute à cause du moindre volume de son calcul en partie broyé, le

malade se trouva bien soulagé du côté de la vessie. Ses urines étaient devenues beaucoup plus claires et ne contenaient presque plus de mucosités. Toutefois nous laissâmes passer un mois sans reprendre l'opération, pour n'être plus exposé au retour de l'orchite.

Trois autres séances plus prolongées que les premières, et qu'aucun accident n'accompagna, terminèrent la trituration de cette pierre qui était assez volumineuse. — Cet opéré est encore plein de vie et de santé, et le long intervalle de temps qui nous sépare de l'époque de l'opération n'a servi qu'à confirmer la certitude d'une guérison complète.

Dans cette circonstance, nous appliquâmes la lithotritie à un cas de maladie calculeuse que d'autres opérateurs avaient cru ne devoir attaquer en dernier résultat que par la taille; et cependant lorsque, après des soins préparatoires convenables, nous eûmes atténué l'état excessivement irritatif de la vessie, nous pûmes, en cinq séances, réduire en détritus, qui fut expulsé entièrement par les urines, une pierre assez grosse et d'une dureté assez considérable.

Ce fut la première opération de lithotritie pratiquée dans Aix.

Obs. II. — *Calcul vésical. — Vessie peu malade. — Guérison en une seule séance de lithrotritie.* — Le 19 novembre 1840, je reçus la visite de M. de B., aîné, de Noves (Bouches-du Rhône), alors âgé de soixante-dix ans, qui venait m'annoncer que son frère, chez lequel j'avais constaté, deux mois auparavant, la présence d'un calcul vésical, était arrivé à sa campagne près d'Aix avec l'intention de se confier à mes soins. Mais en même temps il m'exposa ses craintes d'être lui aussi atteint de la pierre, parce qu'il éprouvait des symptômes analogues à ceux de son frère. Ainsi le besoin d'uriner se faisait sentir plus souvent que dans l'état ordinaire, et il était obligé de le satisfaire. Une certaine douleur sourde existait vers l'hypogastre, derrière le pubis, de même qu'un sentiment de pesanteur du côté du fondement, surtout en urinant. Une certaine cuisson à l'extrémité du gland accompagnait l'éjection des dernières gouttes; le jet d'urine était aussi quelquefois interrompu tout à coup sans que la vessie fût entièrement désemplie, et par une marche un peu longue, ce liquide devenait sanguinolent. M. de B. ajoutait que, quelque temps auparavant, il avait rendu un petit calcul du volume d'un gros pois.

Bien que cet exposé me fît considérer les craintes du consultant comme assez fondées, j'ajournai un jugement définitif, à ce sujet, à l'exploration de la vessie avec une sonde métallique. Ce fut

deux jours après, effectivement, que, m'étant rendu à sa campagne, à deux lieues d'Aix, je pratiquai le cathétérisme, et reconnus la présence d'une pierre vésicale. Je pus m'assurer encore, par la même exploration, que la vessie était saine, que le canal était peu irritable et libre de toute coarctation, car le cathétérisme n'était que peu douloureux, et l'urine était belle, peu chargée de mucosités. — C'était le 21 novembre 1840.

Le 23 novembre, je retourne chez M. de B... Quoique fort incertain si je commencerais ce jour-là même l'opération, je m'étais pourtant muni d'un lithotribe. Voyant que le numéro 4 des sondes de Mayor avait franchi sans trop de peine le canal, je fis, avant de retirer le cathéter, une injection d'eau tiède, et immédiatement après j'introduisis le brise-pierre. Le calcul parut avoir le volume d'une petite noix, fut facilement saisi, et le broiement aussitôt commencé. Profitant alors des conditions favorables où se trouvait la vessie et de la facilité avec laquelle nos manœuvres, prudemment combinées, saisissaient les fragments, je prolongeai la séance un peu plus longtemps qu'on ne le fait généralement.

Le malade, malgré cette circonstance, ne se trouva pas sensiblement fatigué, et bien que je lui eusse recommandé par précaution de se mettre au lit et de prendre un bain, il n'en fit rien, ne sentant pas, à cause de son état satisfaisant, l'importance de ce précepte. — Toute la journée se passa bien; les premières urines étaient à peine colorées, elles picotaient légèrement le canal. Quelques débris furent rendus. — Mais, la nuit et le lendemain, l'opéré se sentit un peu fatigué, en ce sens que le passage de l'urine produisait plus d'irritation que la veille et un peu plus de constriction également; il y avait aussi un léger mouvement fébrile. Mais un bain ce jour-là et un autre le lendemain dissipèrent entièrement cet état. Dès lors les débris du calcul sortirent plus aisément et plus nombreux.

Le 2 décembre, après avoir au préalable fait une nouvelle injection dans la vessie, j'introduisis l'instrument, ne pensant pas que tout eût été encore broyé. Mais reconnaissant, après l'avoir ouvert plusieurs fois, qu'il ne s'y était rien introduit, je m'en servis pour explorer légèrement la vessie, comme je l'aurais fait avec une sonde. Rien ne s'étant présenté à l'instrument, j'en augurai que tout pourrait bien être fini. Effectivement, ayant revu le malade le 12 décembre, celui-ci me déclara qu'il éprouvait un soulagement complet du côté de la vessie. Pour ma satisfaction toutefois, et plus encore pour celle du malade, j'en vins à une nouvelle exploration avec la sonde métallique que je promenai

dans tous les sens avec les ménagements convenables, et je pus ainsi acquérir la certitude que la vessie était totalement libérée. — Le bien-être qu'a depuis lors éprouvé le malade, l'absence entière de tout autre symptôme de calcul vésical, ont amplement démontré que la guérison avait été aussi complète que possible.

Nota. — La destruction en une seule séance d'un calcul dont nous avions justement évalué le volume à celui d'une noix, et cela sans autre incommodité immédiate qu'un peu d'irritation uréthro-vésicale, que la précaution d'un bain aurait peut-être fait éviter, sans qu'il eût été précisément nécessaire de garder le lit, n'est-ce pas là un résultat bien propre à faire apprécier l'excellence de la lithotritie? Quand on pense que ce sujet, sans le bénéfice de la nouvelle opération, aurait été inévitablement exposé, à cette époque ou plus tard, aux chances de la taille, alors que soixante-dix années pesaient déjà sur lui, et que, par le nouveau mode de traitement, il a été si facilement délivré de son calcul, ne doit-on pas applaudir à la découverte de l'opération qui peut donner d'aussi beaux résultats? Quoique même l'on n'ait pas toujours le bonheur, car c'en est un, de rencontrer l'affection calculeuse débarrassée de toute complication, comme dans le cas dont il s'agit, on sait bien qu'elle devient encore souvent praticable, et qu'avec du temps et de la patience on peut le plus souvent triompher des obstacles qui surgissent. Ainsi en a-t-il été chez le frère de l'opéré dont je viens de raconter l'observation.

Obs. III. — M. de B... (Antoine), frère du précédent, âgé de 67 ans, me fit appeler à sa campagne le 22 septembre 1840, pour me faire part de son état et demander du soulagement. Il m'apprit que près de trois ans auparavant, à la suite d'un effort, il avait tout à coup éprouvé une vive douleur dans la vessie; qu'ayant voulu rendre les urines un peu après, il avait été surpris de les voir sanguinolentes; que, depuis lors, quand il fatiguait, quand il allait en voiture, il éprouvait comme la sensation d'un frottement douloureux sur une plaie qui aurait été dans la vessie, et que l'urine devenait alors sanguinolente. Ce liquide entraînait, en outre, en sortant, des sinuosités dont le passage à travers le canal paraissait douloureux. Il n'avait été encore conseillé, par d'autres médecins consultés, que des bains, des boissons mucilagineuses; ce qui ne donnait pas de soulagement durable.

Quoique le malade, à qui on n'avait jamais suscité l'idée que les symptômes qu'il éprouvait pouvaient se rapporter à une affection calculeuse, ne se fût jamais douté qu'il pût être atteint de la

pierre, je lui déclarai que, pour assurer mon diagnostic qui penchait vers cette opinion, il était nécessaire que je le sondasse; ce qui fut facilement consenti : comme je m'y attendais, l'extrémité de l'algalie toucha bientôt le calcul. Je dis alors à M. de B..., un peu étonné de cette découverte, que ce qu'il avait de mieux à faire était de se confier à la lithotritie. Toutefois, comme il était obligé pour ses affaires de retourner à Noves, l'opération fut ajournée.

Le malade n'étant revenu que deux mois après, c'est-à-dire vers le milieu de novembre, je trouvai son état assez notablement aggravé. Il était plus souffrant qu'auparavant : le cahot de sa voiture, quoique bien suspendue, l'avait assez fatigué pour le forcer à garder le lit pendant plusieurs jours; l'urine était aussi moins facilement gardée qu'auparavant, etc. Quatre jours après, quand je voulus sonder le malade, je reconnus que le cathétérisme était plus douloureux et plus difficile que la première fois que je l'avais pratiqué. La sonde, dont le passage irritait assez le canal devenu très-impressionnable, était surtout arrêtée du côté de la prostate évidemment hypertrophiée. Quand ensuite elle fut parvenue dans la vessie, il fallut la retirer bientôt, parce que sa présence irritait le canal, et l'exploration de la vessie, quoique très-doucement faite, la fatiguait pourtant. Il s'écoula même un filet de sang noirâtre à la sortie de la sonde, et les deux premières émissions d'urine furent aussi un peu colorées.

Il était facile de comprendre par tous ces symptômes que nous n'avions pas affaire seulement à l'affection calculeuse, mais encore à des complications de cet état qui, telles que l'état phlegmasique de la vessie, l'engorgement manifeste de la prostate, l'irritabilité du canal, ne manquaient pas de contrarier mon projet de traiter le malade par la lithotritie. Il y avait encore une irritabilité générale très-prononcée, puisque cinq heures après le cathétérisme, fait pourtant avec toute sorte de ménagements, il survint un accès fébrile tout à fait semblable aux accès de fièvres intermittentes. Nous remarquâmes d'autres fois aussi que la simple introduction des sondes était suivie d'accès pareils. Ceux-ci en étaient même venus à se reproduire à une certaine époque sous la forme de fièvre tierce, et il fallut recourir au sulfate de quinine, qui heureusement les arrêta. — Nous atténuâmes cette irritabilité par des bains, des boissons délayantes, le repos au lit ou dans la chambre, un régime très-doux. Au bout d'une quinzaine de jours, je pus introduire une sonde en gomme élastique. Enfin, peu à peu, tout en ne reprenant le cathétérisme que de trois en trois jours, nous finîmes, vers le 10 dé-

cembre, par pouvoir introduire une bougie en gomme élastique de la dimension du n° 4 des sondes de M. Mayor, et dès ce moment nous crûmes devoir songer à commencer le broiement.

En conséquence, le 16 décembre, après avoir fait placer convenablement le malade, et avoir injecté dans la vessie 150 gram. environ d'eau tiède, j'introduisis, non sans quelque peine, à cause du gonflement persistant de la prostate, le brise-pierre, qui saisit de prime d'abord le calcul. Celui-ci ne voulant pas céder à la pression de l'instrument, je me décidai à recourir pour cette fois à la percussion, qui le fit éclater. Pendant quatre ou cinq fois encore, la pierre ou ses fragments furent saisis et broyés sous le marteau : après quoi je retirai l'instrument bien fermé.

La première émission d'urine fut colorée, et le malade fut mis au bain. Six heures plus tard, un accès de fièvre se déclara et se reproduisit deux jours après, ce qui me détermina, pour qu'il ne revînt pas une troisième, à administrer le sulfate de quinine, qui réussit bien.

Tout, à dater de ce moment, se passa fort bien : des graviers en certaine quantité furent rendus ; la vessie parut même assez soulagée. Quelques bains, des boissons délayantes, une alimentation douce et légère, étaient en même temps prescrits.

Le 26 décembre, nouvelle séance. Comme j'avais reconnu que l'introduction des sondes pour l'injection d'eau dans la vessie fatiguait le malade, je jugeai cette fois plus convenable de faire garder l'urine, rendue au reste plus aqueuse par l'ingestion d'une boisson émolliente, et d'introduire l'instrument dès que le besoin pressant d'uriner se ferait sentir et indiquerait la distension de la vessie. Le brise-pierre saisit facilement les fragments, les broya à plusieurs reprises, et fut ensuite retiré avec précaution. — Bain après la séance et repos au lit.

Trois nouvelles séances suffirent pour produire la guérison complète, et elles furent bien moins pénibles pour le malade que ne l'avaient été les précédentes. Le seul incident qui survint pendant ces deux dernières tentatives fut l'arrêt d'un gravier dans la fosse naviculaire, qui avait même fait enfler le gland. Mais le malade, qui appréhendait beaucoup les recherches avec les pinces, et qui répugnait à laisser inciser la méat pour l'agrandir, parvint à l'entraîner en dehors avec une bougie fine enduite à son extrémité d'une couche de beurre.

Pendant quelque temps encore après l'opération, le malade éprouvait quelque fatigue du côté de l'hypogastre ; les urines restaient muqueuses, sans que cela l'empêchât de vaquer à ses occupations habituelles. Mais cet état a été en diminuant pro-

gressivement, et depuis longtemps il n'en reste plus de traces. Notre honorable opéré jouit d'une santé parfaite.

Nota. Pour certains opérateurs, l'état maladif de la vessie, l'engorgement de la glande prostate, l'irritabilité du canal de la vessie, l'irritabilité générale du sujet, tellement prononcée que le simple cathétérisme provoquait des accès fébriles intermittents, auraient constitué une contre-indication à la lithotritie : ils auraient pu recommander la taille de préférence. Nous crûmes devoir agir autrement. Nous ne désespérâmes pas d'amener peu à peu l'état de ce malade à des conditions assez favorables pour que la lithotritie devînt praticable, et le succès a démontré que nous avions eu raison. — La différence de gravité que nous reconnaissons, quoi qu'on veuille dire, chez l'adulte, entre les deux opérations, et que les médecins *calculeux* eux-mêmes admettent bien, puisque, lorsque, comme Dubois, Sanson, M. Lisfranc et autres, ils se trouvent dans le cas d'avoir à opter entre la taille et la lithotritie, ils ne manquent pas de se faire traiter par cette dernière, est pour nous un motif puissant de ne recourir à la taille que lorsque le procédé du broiement est manifestement impraticable. Sans doute, si nous n'avions eu à notre disposition que la pince à trois branches de M. Civiale, nous aurions regardé comme téméraire peut-être et contre-indiqué de chercher à traiter par la nouvelle méthode ce calcul assez volumineux et accompagné de circonstances réellement défavorables; mais l'instrument bien plus simple dont nous pouvions disposer nous encourageait à ne point nous désister de la lithotritie.

La circonstance fortuite de deux cas de calculs vésicaux, remarqués à la fois chez les deux frères, dont aucun des ascendants n'avait présenté d'infirmité pareille, me porta à m'enquérir de la cause qui avait présidé à leur formation. La seule qui nous parut offrir quelque probabilité chez ces messieurs était la vie sédentaire qu'ils menaient.

Obs. IV. — *Calcul vésical. — Mauvais état de la vessie et de la constitution. — Traitement par la lithotritie.* — Le quatrième calculeux qui a réclamé mes soins pour l'opération du broiement a été M. le chevalier de L...., âgé d'environ soixante-dix ans, d'un tempérament sec et nerveux, habituellement valétudinaire par suite d'une gastro-entérite chronique qui le forçait depuis plusieurs années à se tenir à un régime très-doux, et par suite aussi d'un état maladif ancien de la vessie, qui, à plusieurs reprises, s'était traduit par des symptômes inquiétants de cystorrhagie. La dernière atteinte d'hémorrhagie vésicale avait eu lieu vers le milieu de l'été 1843, et avait inspiré de

vives craintes. La présence d'un calcul ayant été pour la première fois constatée en septembre de la même année, le malade se disposa aussitôt à se rendre à Aix pour se faire traiter par moi ; il y arriva vers le milieu de novembre.

En songeant à la santé si délicate du sujet, à la disposition qu'il avait aux hémorrhagies de la vessie, à l'état catarrhal, presque purulent des urines, il y avait lieu de se demander s'il pourrait être traité par la lithotritie. Cependant, comme le malade, auquel les notions sur cette opération n'étaient pas étrangères, désirait vivement y être soumis; comme la manœuvre des nouveaux lithotribes est bien moins fatigante pour la vessie que celle des brise-pierres plus anciens; comme, d'autre part, si M. de S... était d'une faible constitution, il était en revanche doué d'une énergie morale remarquable, je crus devoir condescendre à ses vœux, et, après quelques jours préparatifs, pendant lesquels j'introduisais quelques sondes dans la vessie pour rendre celle-ci tolérante pour les injections et l'accoutumer au préalable à la présence des instruments, je procédai à la première tentative de broiement le 3 décembre.

Dans cette première séance, après une injection doucement faite avec environ 125 grammes d'un liquide émollient, le brise-pierre saisit à deux reprises seulement le calcul, qui chaque fois fut broyé par la pression exercée à l'aide de la clef latérale à pignon ; après quoi l'instrument fut retiré. Je fis cette séance fort courte, afin d'étudier ainsi la susceptibilité de la vessie. Des débris furent rendus, et le patient en éprouva assez peu de fatigue. Il put même sortir dès le surlendemain.

Je fis une deuxième séance le 9 décembre, — une troisième le 12, — une quatrième le 14, et une cinquième le 19.

Sans vouloir spécifier tout ce qui se passa à l'occasion de ces tentatives de broiement, je dirai que le malade les supporta avec beaucoup de courage; que, chaque fois, dès le lendemain du jour où il avait été lithotritié, il se levait; qu'il sortait presque tous les jours, outrepassant souvent à ce sujet les conseils qui lui étaient donnés. Toutefois, l'issue des débris de la pierre était pour lui assez fatigante, et il fallait calmer l'irritation uréthrale par des bains de siége, des demi-lavements laudanisés, moyens qui l'aidaient à s'en débarrasser. Une fois pourtant nous eûmes recours avec succès au procédé que nous avons décrit ci-dessus pour faciliter le dégagement d'un fragment qui s'était arrêté dans l'urèthre.

Le 20 décembre, dans l'après-midi, un accès de fièvre en tout semblable à un accès intermittent survint et reparut encore vers

la même heure le lendemain 21 ; ce qui me détermina à employer le sulfate de quinine, que j'administrai, sous forme de pommade, en application dans le creux de l'aisselle, afin de ménager l'estomac irrité. Cet expédient me réussit fort bien ; car le troisième accès fut à peine sensible et le quatrième manqua : il n'en résulta en somme qu'un peu d'affaiblissement pour le malade.

Tout cependant allait selon nos désirs, malgré certaines imprudences, et le malade évacuait de temps en temps quelques nouveaux débris. Mais, aux fêtes de Noël, voulant satisfaire son zèle religieux, et oubliant trop qu'il continuait d'être sous l'influence d'une opération et au cœur de l'hiver, notre malade se rendit à pied à la cathédrale, encore assez distante de son habitation, y resta tant qu'il put tenir, et revint tout fatigué, tout courbaturé. Nonobstant cela, il voulut encore assister et prendre part au repas de famille usité à cette époque dans notre contrée, ce qui le fatigua. Dès ce moment, en effet, il devint plus altéré, sa langue fut plus rouge et plus sèche; il fallut le mettre à la crême, à la tisane lactée, à l'eau gommée, aux cataplasmes sur le ventre, aux demi-lavements émollients.

Le 27 décembre, le malade paraissant un peu mieux, et comprenant qu'il a encore quelque fragment trop volumineux pour sortir, j'introduisis un brise-pierre avec les plus grands ménagements, et broyai sans peine quelques débris encore restants. Le malade, en effet, rendit encore ces quelques débris, et tout nous indiquait que nous en avions fini avec sa pierre, dont le broiement, comme on a pu le remarquer, n'avait pas nécessité moins de six séances.

Mais ce qui nous inquiétait vivement chez lui, c'était la continuation de l'irritation intestinale. Celle-ci, en effet, nous présentait des alternatives d'espoir et de gravité ; tantôt elle paraissait s'amender, et tantôt elle s'exaspérait malgré la plus grande surveillance dans le régime. Elle fut le prélude d'une espèce de fièvre lente, laquelle usa peu à peu l'existence du sujet déjà affaibli, qui s'éteignit une trentaine de jours après la dernière introduction du brise-pierre.

Quoique nous ayons eu la douleur de ne pouvoir conserver à la vie ce respectable vieillard, que les belles qualités du cœur et de l'esprit faisaient chérir et estimer de très-nombreux amis, il ne nous est pas venu à la pensée, ni sans doute aux personnes qui ont pu suivre les phases de cette opération, d'attribuer la mort à la lithotritie. Celle-ci sans doute l'avait bien quelque peu fatigué, mais cependant on a pu remarquer que, quoiqu'ayant subi cinq séances, il continuait à sortir presque tous les jours, et

que ce fut une huitaine de jours après une tentative de lithotritie, par suite des imprudences mentionnées, qu'apparut l'exaspération de cette phlegmasie gastro-intestinale qu'il avait depuis longtemps, et qui, cette fois, s'exerçant violemment sur un corps affaibli et âgé, ne put plus tendre à la guérison. Quant à la lithotritie elle-même, elle put être terminée malgré les circonstances les plus défavorables, et sans qu'il se soit jamais produit de ces hémorrhagies vésicales qui étaient survenues parfois spontanément en d'autres époques.

Obs. V. — *Autre calcul vésical. — Sujet éminemment irritable. — Lithotritie. — Guérison en cinq séances.* — M. L..., de Tarascon, âgé de trente ans, me fut adressé par un honorable praticien de cette ville, qui avait déjà constaté la présence d'une pierre vésicale. C'est un homme maigre, très-irritable, très-impressionnable, depuis longtemps obligé d'user d'une alimentation douce, à cause d'une disposition marquée aux irritations abdominales. C'est depuis plus d'un an qu'il éprouve les symptômes de son infirmité, et il nous fait observer que son père était très-sujet à la gravelle. Deux explorations faites dans son pays pour reconnaître la présence de la pierre ont été chaque fois suivies d'un accès de fièvre assez intense.

Après l'avoir laissé reposer deux jours, pendant lesquels il fit usage de lavements, de boissons émollientes, d'une nourriture relâchante, je m'assurai de la présence de la pierre, et quoique j'eusse procédé au cathétérisme avec les plus grands ménagements, il éprouva, quelques heures après, un accès de fièvre, ce qui me prouva combien il était irritable. Je trouvai en cet épiphénomène l'indication d'administrer quelques pilules de quinine, afin de faire disparaître cette tendance fébrile. Après deux jours encore de repos, je commençai à pratiquer quelques injections dans la vessie avec de l'eau de mauve.

Enfin, le 18 mai, je fais une première séance de broiement. A peine le brise-pierre fut-il introduit, que j'obtins le choc du calcul, et que je le saisis immédiatement et sans aucun effort. L'ouverture de l'instrument marqua plus de trois centimètres. A plusieurs reprises la pierre fut saisie et broyée. Quoique assez dure, elle ne résista pas cependant à la pression exercée avec la clef à pignon. L'instrumentation fut bien supportée, malgré un certain état de spasme du malade. Cessation de toute douleur après la sortie du brise-pierre. Le malade regagne lui-même son lit; mais, avant d'y monter, il se sent pressé d'uriner. Le liquide rendu n'est pas même coloré; il entraîne quelques débris rougeâtres, anguleux et très-durs, dont la vue satisfait notablement

le malade. Celui-ci se trouva bien dans le restant de l'après-midi ; à peine survint-il un peu d'accélération dans le pouls, mais absence de douleur à l'hypogastre. Les quatre jours suivants, il fut bien, resta levé tout le jour, et rendit un assez bon nombre de fragments.

Le 25 mai, deuxième séance de lithotritie. Cette fois le calcul est chargé et broyé huit fois en trois minutes. Comme après la précédente tentative, le malade ne se ressent presque pas de l'opération. Il rend dans la soirée et les jours suivants de nombreux débris, dont quelques-uns assez volumineux.

La troisième séance eut lieu le 2 juin. Elle fut encore fructueuse. L'issue des fragments était pourtant fatigante pour le malade, dont la muqueuse uréthrale s'irritait. Le lendemain de la séance, je le trouvai souffrant par la présence d'un fragment retenu profondément dans le canal depuis la veille, et que les efforts de miction n'avaient pu expulser. Ce que voyant, je recommande au malade de bien boire, de garder le repos et de ne pas uriner jusqu'à mon retour. Trois heures après, trouvant le patient tourmenté par le besoin d'uriner, j'introduis le cathéter n° 5 de Mayor jusqu'à proximité du gravier. Recommandant alors au malade de pousser l'urine, et retirant en même temps le cathéter, le jet urinaire expulsa devant lui le corps étranger, qui était triangulaire et pointu, et plusieurs fragments plus petits sortirent en même temps.

Il suffit enfin, pour compléter l'opération, de deux autres séances, qui eurent lieu le 7 et le 10 juin. Je ferai remarquer toutefois qu'après la dernière tentative, ce sujet fut atteint d'une irritation gastro-intestinale qui aurait été sans doute prévenue par l'usage de quelques bains, ce dont nous avions cru pouvoir nous dispenser par l'absence des accidents et pour éviter des embarras au malade. Mais quelques jours de diète, de boissons mucilagineuses, de repos au lit ou sur un canapé, d'applications émollientes sur l'abdomen, suffirent pour enrayer ces accidents phlegmasiques. Enfin ce malade retourna chez lui en juillet, après que j'eus bien pu m'assurer que sa vessie était tout à fait débarrassée. Depuis cette époque, rien n'est venu infirmer la guérison.

— Voilà donc que nous avons traité par la lithotritie les cinq calculeux adultes qui jusqu'à ce jour ont voulu se confier à nos soins. Envoyé à Paris en 1835, par mission spéciale, pour étudier cette importante opération, nous avons ainsi plusieurs fois déjà mis en pratique dans notre pays les connaissances spéciales que nous avions puisées aux leçons des plus célèbres chirurgiens lithotriteurs de la capitale, et nous avons pu apprécier par nous-même

l'excellence de cette méthode opératoire, dont nous avons attentivement suivi depuis les progrès. Les résultats avantageux que nous en avons obtenus, le degré de facilité d'exécution qu'elle a atteint, la simplicité des objets qui lui sont nécessaires, etc., nous font vivement désirer que tous les hommes de l'art concourent à la populariser.

Nous allons terminer ce travail par quelques propositions fondamentales qui ont trait surtout à la pratique de la lithotritie, et qui nous ont été suscitées par nos diverses opérations.

1° Quoique rien ne soit plus facile à comprendre que le jeu et le mécanisme des instruments à lithotritie, cette opération demande pourtant, pour être faite avec sécurité, des mains suffisamment exercées. L'introduction des instruments qui servent à la pratiquer, leur jeu dans l'intérieur de la vessie, la manière de chercher et de saisir le calcul, etc., exigent, de la part des chirurgiens qui veulent l'entreprendre, qu'ils l'aient vu pratiquer souvent, ou que du moins ils en aient autant que possible mûrement réfléchi et étudié toutes les circonstances de détail sur le cadavre.

2° Un malade se présente-t-il atteint de la pierre, et est-il reconnu qu'il pourra être traité par la lithotritie, il faut, avant de le soumettre à l'opération, avoir disposé la vessie à garder pendant quelques minutes une injection émolliente, pour donner momentanément à cet organe une amplitude convenable. Il faut aussi s'être assuré que le canal, exempt de toute coarctation, offre assez de dilatabilité pour le libre passage du brise-pierre et la sortie des fragments. On aura enfin préalablement combattu par un régime doux, par des bains, des boissons délayantes, du repos, etc., le stimulus ou l'état irritatif qui affecte souvent l'organisme des sujets atteints de calcul.

3° La position à donner au malade pour l'opération est une des conditions essentielles pour la facilité de son exécution. La plus convenable consiste à faire coucher le patient sur le dos, de manière que la pierre puisse se porter d'elle-même vers le sommet de la vessie, où il sera beaucoup plus facile de la saisir. L'opérateur sera vis à vis de son malade, dans une situation telle que ses mains manœuvrent à la hauteur de l'ombilic, afin de donner à ses mouvements, sans efforts et sans fatigue, toute la précision et la sûreté convenables. Pour cela, un brancard, un canapé sans dossier ou dépourvu de bras à une de ses extrémités, ou bien une caisse longue peu haute, remplaceront avantageusement les divers lits proposés. Sur celui de ces objets dont on pourra disposer, devra être étendu un matelas recourbé sur lui-

même à un de ses bords, pour relever suffisamment le bassin du malade.

4° Soyons sobre de mouvements et de tâtonnements dans la vessie, afin d'éviter le plus qu'on peut de la fatigue à cet organe. Une main exercée n'a en quelque sorte qu'à ouvrir le brise-pierre, pour que le calcul ou ses fragments viennent d'eux-mêmes se placer entre ses mors, sans recourir à des frottements toujours pénibles et douloureux.

5° Ne manquons pas, quand l'impossibilité de rapprocher les deux branches aura indiqué que le calcul a été saisi, de nous assurer, par quelques mouvements imprimés à l'instrument, que celui-ci ne serre que la pierre. Certains alors de ne pas intéresser la vessie, nos manœuvres seront plus sûres et garanties de toute lésion et de toute crainte.

6° La prudence veut que le brise-pierre ne fonctionne dans la vessie que lorsque les parois de celle-ci sont distendues par une certaine quantité de liquide. Ainsi il est généralement conseillé, et avec raison, d'injecter de l'eau tiède ou bien quelque décoction émolliente, en quantité proportionnée à la capacité de la vessie. Nous pensons toutefois que, lorsque la vessie ou le canal seront irritables, il pourra être préférable de se contenter de laisser accumuler l'urine dans la vessie, afin d'avoir une cause d'irritation de moins. C'est ce que nous avons fait chez notre troisième opéré.

7° Quand la vessie se contracte spontanément et obstinément contre l'injection, on fera bien de chercher à s'opposer à la sortie du liquide et de revenir coup sur coup à une seconde et même à une troisième injection. En agissant ainsi, on lasse la vessie et on la rend plus tolérante. Si cependant cette irritabilité vésicale ne cédait point à cet expédient, nous conseillerions l'usage de la sonde à double courant, munie de son tuyau d'ajoutage. Le courant, tantôt interrompu, tantôt continu, qu'on peut établir par ce moyen, est très-propre, ainsi que nous l'avons reconnu, à accoutumer petit à petit la vessie à une distension à laquelle elle semblait d'abord inapte.

8° La longueur des séances de lithotritie doit être en rapport avec l'état présent de la vessie des calculeux. C'est à l'instinct pratique du chirurgien de reconnaître à ce sujet la limite qu'il ne doit pas dépasser. Il vaut mieux en général quelques séances de plus que des séances trop longues.

9° Evidemment la lithotritie ne saurait être appliquée à la guérison de tous les calculeux. L'âge, l'ancienneté du mal, l'état des organes, le volume, la dureté du calcul, etc., doivent être

pris en considération pour la détermination à suivre à ce sujet. Constatons pourtant que les cas rebelles au broiement tendent à devenir de plus en plus rares. Combien le champ de la lithotritie ne s'est-il pas agrandi dans ces quelques années ! Que l'on ne se hâte pas trop de se décourager de cette opération par certaines difficultés qui peuvent d'abord se présenter ; car avec de la patience, des ménagements, des bains, l'usage modéré du cathétérisme et des injections adoucissantes, etc., on parviendra parfois et souvent à ramener l'état des calculeux à des conditions assez favorables pour que la lithotritie puisse être pratiquée avec succès. — Le jeune âge doit-il être considéré comme une contre-indication ? Absolument, non. Nous dirons pourtant qu'avec M. Guersant, M. Chaumet (de Bordeaux) et autres, nous n'hésitons pas à donner alors la préférence à la taille périnéale, surtout à la bilatérale, la lithotritie nous semblant présenter réellement, dans le jeune âge, plus de difficultés et de danger que la cystotomie. Une seule fois nous avons eu à traiter un jeune calculeux âgé de 6 ans ; nous avons préféré la taille, qui l'a guéri.

10° Le choix des instruments est très-important : plus ils seront simples, faciles à manier, rapides dans leur action, etc., mieux ils devront convenir. Le brise-pierre à virole de M. Charrière nous paraît être présentement le summum du perfectionnement obtenu. Nous avons dit précédemment ce qu'il fallait penser des lits mécaniques, des étaux à main, des supports, des curettes et autres instruments qui compliquent l'appareil à lithotritie, et combien, en se perfectionnant, cette opération s'était simplifiée.

11° Une séance à lithotritie est-elle terminée, que le malade soit immédiatement mis dans un bain tiède ; qu'il se couche ensuite, qu'il boive assez abondamment une tisane mucilagineuse ou même légèrement diurétique ; qu'il reste à la diète le premier jour, et soit toujours muni d'un suspensoir quand il voudra se lever. Avec ces précautions, la fièvre sera presque nulle ; on préviendra de graves inflammations abdominales, la cystite ; le spasme vésico-uréthral facilitera l'expulsion des débris et garantira des engorgements testiculaires.

12° Quand un fragment de pierre vient à s'arrêter dans les parties profondes du canal, il suffira généralement de le déplacer, de le repousser même dans la vessie avec une sonde ordinaire, ou mieux avec des injections dirigées dans l'urèthre par le moyen d'une sonde ouverte à ses deux extrémités. On pourra se trouver bien aussi d'user du procédé que nous avons décrit, lequel consiste, après avoir fait retenir l'urine dans la vessie, à intro-

duire, lorsque le besoin d'évacuer ce liquide devient impérieux, une sonde d'un fort calibre jusqu'au corps étranger. Engageant alors le patient à contracter fortement la vessie, pendant que l'opérateur retire lentement la sonde, il devra arriver que le corps étranger sortira presque toujours immédiatement après cet instrument. Dans aucun cas, il ne faut se hâter de se servir des instruments inventés pour extraire ces fragments, à moins qu'ils ne soient arrivés au gland, place où des pinces peuvent plus facilement les atteindre. Si pourtant on venait à éprouver encore trop de peine à les saisir, mieux vaudrait inciser le gland plutôt que de l'irriter ou de le contondre.

13° Pendant le traitement, ayons soin de distinguer la douleur qui provient de l'action de l'instrument, de la susceptibilité du sujet, de l'irritation ou de l'inflammation de l'urèthre, de celle occasionnée par la présence de l'inégalité des fragments qui se pressent contre le col de la vessie et l'agacent péniblement. Tandis, en effet, que, dans le premier cas, il est indiqué impérieusement de suspendre l'opération, de recommander le repos, les boissons délayantes ou mucilagineuses, les bains, les lavements émollients, anodins, camphrés, les topiques sédatifs sur l'abdomen, etc., peut-être même de renoncer au broiement; dans le second cas, au contraire, il conviendra de rapprocher les séances, afin qu'en réduisant promptement en débris plus menus les fragments trop gros pour franchir l'orifice uréthro-vésical, on détruise au plus tôt cette cause mécanique des accidents irritatifs.

14° La lithotritie et la taille ne sont pas exclusives l'une de l'autre. Quoique cette dernière ne doive être à nos yeux que l'exception, elle aura toujours ses cas à elle réservés. Si la lithotritie mérite d'être au premier rang sur la liste de nos ressources, la cystotomie se rapportera nécessairement aux cas où sa congénère ne saurait être applicable. Loin de se repousser l'une l'autre, elles doivent se prêter un mutuel secours.

---

16. *Du cathétérisme de l'œsophage chez les aliénés; difficultés et dangers qu'il présente; perforation du pharynx, suivie de mort; introduction de la sonde dans le larynx; injection des aliments dans la trachée; emploi d'une sonde à double mandrin et à obturateur pour prévenir les accidents*; par M. Baillarger, médecin à l'hospice de la Salpêtrière.

(Suite : *voir* t. 158, octobre 1845, p. 139.)

(Gazette médicale de Paris, N° 36.)

§ III. — *Des dangers du cathétérisme œsophagien. — Hémorrhagies nasales.*—J'ai vu un malade qui perdit une livre de sang environ à la suite de l'opération. Cette hémorrhagie, dans le cas particulier dont il s'agit, n'eut aucun mauvais résultat; on put même penser qu'elle fut utile : mais il en serait tout autrement chez un aliéné affaibli, et un accident de ce genre serait très-fâcheux. Je n'ai d'ailleurs, depuis quinze ans, sur plusieurs centaines d'opérations, observé qu'une seule fois une hémorrhagie aussi forte, et je ne crois pas que le cathétérisme œsophagien ait jamais occasionné aucun désordre grave dans les fosses nasales.

Perforation du pharynx. — Le danger de la perforation du pharynx n'est que trop réel, et j'ai observé un cas dans lequel cette perforation fut suivie de mort. Ce fait me paraît assez important pour être rapporté avec détail.

Cathétérisme œsophagien chez un mélancolique; perforation du pharynx, emphysème; abcès; mort le troisième jour.

Obs. I. — Le nommé F..., sous-officier vétéran, âgé de 46 ans, était tombé, sans cause connue, dans un état de lypémanie pendant lequel il refusait de prendre des aliments. On fit de vains efforts pour vaincre son obstination, et il fallut avoir recours à la sonde œsophagienne.

Le malade, assis sur une chaise, fut maintenu par plusieurs infirmiers : l'introduction de la sonde offrit quelques difficultés, et on ne parvint à traverser la fosse nasale droite qu'après plusieurs tentatives et non sans avoir provoqué l'écoulement d'un peu de sang. La sonde ayant suffisamment pénétré pour qu'on la crût arrivée dans l'œsophage, on essaya de pousser l'injection; mais ce fut en vain : on dut retirer l'instrument et l'introduire une seconde fois. L'injection devint alors facile, et on fit prendre ainsi deux potages et un peu de vin.

Jusque-là on n'avait encore soupçonné aucun accident; mais quand on enleva au malade la serviette qu'on lui avait attachée

sous le menton pour garantir les vêtements, on aperçut au bas du cou un gonflement déjà considérable et qu'on reconnut bientôt pour de l'emphysème. L'opération avait été faite à huit heures du matin. J'arrivai auprès du malade à neuf heures, et je le trouvai dans l'état suivant.

La partie antérieure du cou est très-tuméfiée ; la peau de cette partie est légèrement tendue, et on sent en la déprimant une crépitation bien évidente, mais assez profonde; on dirait qu'il y a un espace vide entre la peau et le tissu crépitant.

Le malade est assis dans son lit; sa respiration n'est pas sensiblement gênée : expectoration de crachats sanguinolents; léger écoulement de sang par le nez. Pouls petit et fréquent. Cet homme essaie quelquefois de parler et ne peut y parvenir.

A onze heures, la tuméfaction a gagné la face, et en bas elle s'est étendue à la partie antérieure de la poitrine. La peau commence à être légèrement rosée et chaude. Le soir, la tuméfaction a diminué un peu à gauche, mais elle est aussi considérable à droite. Rougeur sur presque toute l'étendue de la partie tuméfiée.

Le 2 novembre, la tumeur a diminué, et le malade, après une application de sangsues, s'est trouvé un peu soulagé. Cependant il ne peut encore parler ; il n'a pas eu de sommeil et a beaucoup souffert pendant la nuit.

Le soir, la fièvre, qui jusque-là avait été peu sensible, augmente beaucoup ; la tumeur est rosée et chaude, la peau très-tendue.

Le 3. La nuit a été assez bonne ; il a moins de fièvre, et la tumeur est moins tendue.

Le 4. La tumeur conserve l'impression du doigt; la rougeur s'étend à la partie antérieure de la poitrine. Fièvre assez forte, respiration fréquente et gênée, matité à gauche et en arrière, absence de bruit respiratoire. Le malade n'avale que très-difficilement les boissons, mais il parle mieux que le premier jour; faiblesse, prostration.

Le 5. La tuméfaction du cou a beaucoup diminué; il n'y a plus de rougeur qu'à la partie antérieure de la poitrine; on sent du pus infiltré dans le tissu cellulaire; respiration très-gênée et très-fréquente ; peau chaude et sèche ; pouls extrêmement fréquent. La langue est sèche, l'épigastre très-sensible; point de sommeil. Le malade s'affaiblit de plus en plus et succombe le soir à six heures.

Autopsie. Le tissu cellulaire du cou est infiltré de pus dans toute sa partie antérieure.

On trouve en haut du pharynx, vis à vis de l'ouverture de la fosse nasale du côté droit, une ecchymose assez large, et bientôt on découvre dans ce point une déchirure de 5 à 6 lignes de long. Les deux bords de cette plaie se touchent, ce qui a empêché de l'apercevoir dès le premier moment. Vis à vis de cette ouverture faite au pharynx commence une sorte de trajet fistuleux entre le pharynx, l'œsophage et la colonne vertébrale. — Ce trajet s'étend jusqu'au milieu de la poitrine, mais l'infiltration purulente va jusqu'au diaphragme. Le reste du pharynx et l'œsophage sont sains.

On ne trouve rien au larynx ni dans la trachée. Le pus a fusé dans le médiastin antérieur et s'y est accumulé. Il y a dans la plèvre du côté gauche un épanchement séro-purulent assez considérable qui foule le poumon. Un grand nombre de lambeaux pseudo-membraneux flottent au milieu de cet épanchement. Le péricarde contient aussi de la sérosité trouble et floconneuse, et quelques fausses membranes commençantes.

La muqueuse de l'estomac est d'un rouge très-vif ; la rougeur est disséminée par plaques très-rapprochées : la muqueuse de l'intestin grêle est aussi très-rouge ; en outre, elle est tapissée par une matière liquide et noire, qui ressemble à du sang altéré.

Cerveau. Injection très-vive de la pie-mère ; injection très-fine de la substance blanche ; d'ailleurs, rien qui mérite d'être noté.

— Il importe surtout de remarquer, dans cette observation, le siége de la fausse route faite au pharynx : c'est à la partie supérieure de cet organe et vis à vis de la fosse nasale droite par laquelle l'opération avait été faite. La sonde, introduite sans mandrin, est arrivée à angle droit sur la paroi postérieure du pharynx, et la perforation n'a pu avoir lieu que pendant l'effort qu'on a fait pour la recourber ; peut-être un mouvement du malade qui se débattait a-t-il contribué à produire cet accident. Il est probable, d'ailleurs, que le pharynx a été perforé pendant la première introduction de la sonde, alors que l'injection ne put avoir lieu ; l'opérateur, n'ayant été averti par rien de ce qui venait d'arriver, réintroduisit l'instrument et fit l'injection. Il est probable aussi que la sonde avait été poussée entre la colonne vertébrale et le pharynx, et c'est ce que semblent démontrer les désordres trouvés à l'autopsie.

Perforation de l'œsophage. — M. Leuret a indiqué la perforation de l'œsophage comme un des accidents qu'aurait produits le cathétérisme œsophagien. Je ne connais aucun fait de ce genre,

et j'avoue que je comprends assez difficilement comment cette perforation peut avoir lieu. A la partie supérieure du pharynx, la sonde presse à angle droit la muqueuse et peut la déchirer; mais dans l'œsophage, l'instrument est perpendiculaire et suit la direction du canal; la perforation ne paraît donc pas possible.

Introduction de la sonde dans le larynx. — Cet accident a dû arriver un assez grand nombre de fois; mais il n'a aucune gravité, si le médecin, averti par l'état de suffocation qui survient tout à coup, retire immédiatement l'instrument. J'ai vu et entendu rapporter des cas de ce genre, et je ne sache pas qu'on ait jamais observé aucune suite fâcheuse.

Injection des aliments dans la trachée; déchirure des bronches et du tissu pulmonaire. — M. Leuret indique tous ces accidents comme ayant eu lieu à l'occasion du cathétérisme œsophagien chez les aliénés. Je ne connais pas de faits semblables, mais je suis loin de les regarder comme impossibles. On m'a dit que les médecins allemands redoutaient, en général, le cathétérisme œsophagien chez les aliénés, et que des malheurs très-graves avaient été la suite de cette opération.

Il faut ajouter que tous les faits de ce genre qui ont pu avoir lieu ne sont peut-être pas connus : ils sont, en effet, de ceux qu'on s'empresse peu de publier. Voilà, d'ailleurs, comment je comprends qu'on ait pu, dans quelques cas, faire l'injection dans les voies aériennes.

Si on se sert d'une petite sonde, l'introduction dans le larynx pourra avoir lieu très-facilement sans rien léser. Il se manifestera une menace de suffocation, mais très-courte, très-passagère; car à peine la glotte est-elle franchie que le passage de l'air se fait en même temps et par la sonde et par la partie de l'ouverture de la glotte qui est restée libre. Alors l'anxiété diminue : quant à la sortie de l'air par la sonde, elle ne suffira pas pour indiquer la fausse voie dans laquelle on s'est engagé, parce qu'elle a lieu, dans quelques cas, alors que la sonde est bien réellement dans l'œsophage : ce sont probablement des gaz venant de l'estomac; mais, quelle que soit l'explication, le fait est certain et tout le monde l'a observé. Il ne serait donc pas impossible, si l'on n'a pas la précaution de pousser un peu d'injection, comme moyen d'exploration, de s'expliquer les accidents signalés par M. Leuret.

§ IV. — *Des moyens de diminuer les difficultés et de prévenir les accidents dans le cathétérisme œsophagien. — Sonde à double mandrin et à obturateur.* — Après l'accident dont je fus témoin en 1832, je songeai aux moyens de prévenir le retour d'un pareil

malheur, et aussi d'éviter les déviations de la sonde, qui tantôt revenait par la bouche, et tantôt se repliait sur elle-même, de telle sorte que l'injection devenait impossible : c'est alors que je fis construire par M. Samson, fabricant d'instruments, une sonde à double mandrin, dont voici la description.

Cette sonde, longue de 40 centimètres, diffère des sondes œsophagiennes ordinaires par son volume beaucoup plus petit et aussi par son extrême flexibilité. A 13 centimètres du cul de-sac, on a tracé un petit cercle blanc, et un autre semblable à 8 centimètres du pavillon.

On commence par introduire un mandrin en baleine, qu'on fixe au pavillon de la sonde, dont il fait désormais partie. Ce mandrin porte à son extrémité et en dehors du pavillon un petit bouchon conique qu'il traverse à son centre, bouchon avec lequel on peut à volonté fermer l'entrée de la sonde.

On introduit ensuite un mandrin en fer recourbé et assez fort pour maintenir dans la même courbure le mandrin en baleine. Cette courbure doit être telle qu'une corde tirée du bout de la sonde au premier petit cercle blanc soit de 3 pouces et demi environ.

La sonde ainsi préparée, on traverse les fosses nasales, et on s'arrête lorsque le cercle blanc le plus voisin du cul-de-sac est au niveau de l'ouverture de la narine ; alors on fixe la sonde et on retire le mandrin en fer. Le mandrin en baleine, obéissant à son élasticité, se redresse et applique la sonde sur la paroi postérieure du pharynx.

Immédiatement après avoir retiré le mandrin en fer, on ferme l'extrémité de la sonde avec l'obturateur, et on continue l'opération. L'instrument, guidé par le conducteur en baleine, descend directement et sans se replier en avant. Il ne reste plus qu'à retirer le mandrin et avec lui l'obturateur, et à faire l'injection.

Les avantages de ce procédé sont bien faciles à démontrer.

Il y a, en effet, deux accidents très-graves à éviter dans l'opération du cathétérisme; ces accidents sont :

1° Les fausses routes à la partie supérieure du pharynx;

2° L'injection des aliments dans les voies aériennes.

Je vais essayer de prouver que ce double malheur devient impossible avec la sonde à double mandrin et à obturateur.

Les fausses routes à la partie supérieure du pharynx peuvent avoir lieu au moment où la sonde, arrivée à angle droit sur la paroi postérieure de cet organe, se recourbe pour descendre en bas. Or, en donnant au mandrin la courbure que j'ai indiquée,

non-seulement l'extrémité de la sonde ne peut pas déchirer la paroi postérieure du pharynx, mais il est impossible qu'elle la touche. La sonde tombe, pour ainsi dire, toute recourbée dans le pharynx, et elle ne peut toucher la paroi postérieure que par la convexité de la courbure. On voudrait produire une fausse route semblable à celle dont j'ai cité un exemple, qu'on n'y parviendrait pas. L'accident dont j'ai parlé n'est donc pas à redouter.

La sonde, guidée par le conducteur en baleine, qui l'applique sur la paroi postérieure du pharynx, descend directement sans se recourber, et on évite ainsi et la base de la langue et le larynx. Mais, en supposant qu'on pût encore pénétrer dans les voies aériennes, il sera impossible qu'on puisse jamais faire l'injection. J'ai dit plus haut comment l'anxiété et la suffocation que détermine l'entrée de l'instrument dans le larynx peuvent n'être que très-passagères, et cela parce que la sonde ne bouche pas complètement l'ouverture de la glotte, mais surtout parce que cette sonde elle-même devient un nouveau conduit pour la respiration. C'est là ce qui peut tromper à ce point peut-être qu'on aille jusqu'à faire l'injection. L'obturateur préviendra toujours cet accident si grave. Alors, en effet, la suffocation, au lieu d'être passagère, persistera au plus haut degré, tant que l'instrument restera dans les voies aériennes; il sera impossible de méconnaître le danger, et l'injection ne sera jamais faite.

Ainsi, la sonde à double mandrin et à obturateur, dont je me sers depuis 12 ans, et qu'Esquirol a indiquée dans son ouvrage, a pour avantages de rendre impossibles :

1° Les fausses routes au haut du pharynx;

2° L'injection des aliments dans les voies aériennes.

Or, ce sont là les seuls accidents vraiment graves qu'on ait à redouter.

Quant aux difficultés de l'opération, le procédé que je viens de décrire permet d'éviter les déviations qui portent la sonde derrière les piliers du voile du palais, sur la base de la langue et dans le larynx.

Conclusions. — 1° Le cathétérisme œsophagien, pratiqué avec une sonde sans conducteur et sans obturateur, est ordinairement une opération sans danger ; mais elle peut cependant, dans quelques cas exceptionnels, être suivie d'accidents mortels ;

2° Cette opération, faite avec la sonde à double mandrin et à obturateur, dont je me sers depuis douze ans, pour peu qu'on y apporte de prudence, est tout à fait sans danger.

IX. MALADIES SYPHILITIQUES.

17. *Recherches cliniques, faites à l'hôpital Saint-Lazare (maladies des femmes), sur les ulcérations du col de l'utérus, sur les chancres chroniques des parties génitales, les bubons, l'uréthrite, la vaginite*, etc. ; par J. Boys de Loury, chirurgien en chef de Saint-Lazare, et par H. Costilhes, D. M.

(Suite : voir t. 155, juillet 1845, p. 136 ; t. 156, août, p. 191 ; t. 157, septembre, p. 152 ; t. 158, octobre, p. 145.)

(Gazette médicale de Paris, N° 30.)

Des changements de position de l'utérus.

Nous dirons seulement quelques mots sur ce sujet.

Chez les femmes que nous avons l'habitude d'observer, il est assez remarquable que les vices de situation soient peu fréquents. Nous n'avons eu que très-rarement l'occasion de noter la rétroversion ; l'antéversion, au contraire, s'est présentée plus d'une fois à notre observation. Nous ne parlons ici que des changements de position qui surviennent dans l'état de vacuité de l'utérus. Il est des déviations qui n'entraînent aucune douleur, aucun symptôme fâcheux, et dont les femmes n'ont aucun sentiment. Voulant savoir si le col de l'utérus était toujours placé au milieu du vagin, nous avons examiné, à cette intention, une centaine de femmes jeunes, que nous n'avons pas prises dans nos salles, et qui, par conséquent, n'étaient pas malades ; elles ont été toutes touchées debout, et pour être plus sûrs de la véracité de nos observations, nous avons fait ces expériences en présence d'autres praticiens. Nous pouvons mettre en fait qu'il est de la plus grande rareté de voir un col sain, sans engorgement, être placé bien droit au milieu du vagin. Chez la plupart des femmes, il était situé à gauche et en avant, très-rarement à droite, et quand le col était dirigé en arrière, alors il n'y avait pas d'obliquité latérale.

Nous allons maintenant parler de l'obliquité que nous avons observée le plus souvent, *l'antéversion.*

Nous avons déjà, en parlant de l'engorgement du col, fait pressentir que l'antéversion était une affection d'une certaine gravité, puisqu'elle peut causer des douleurs assez vives pour faire croire à la présence d'un squirrhe. Nous sommes obligés de faire souvent les mêmes réflexions; mais ici nous ne pouvons trop insister sur l'utilité du toucher avant d'appliquer le spéculum. En effet, voici ce que maintes fois nous avons observé : les malades se présentent à notre consultation se traînant à peine, ne pouvant nullement supporter le mouvement d'une voiture ; elles avaient

été traitées par divers médecins et toujours pour des ulcérations. Si nous avions suivi la pratique de ces médecins, de voir immédiatement les femmes au spéculum, probablement nous serions tombés dans les mêmes erreurs ; mais, en commençant par le toucher vaginal, il est facile de s'assurer que la paroi antérieure du vagin est flasque et plissée, que le corps de l'utérus vient reposer sur la vessie, ce que l'on reconnaît à une tumeur cylindrique, dure, large; le col appuie sur le rectum et est quelquefois difficile à atteindre ; puis, lorsque nous l'examinons au spéculum, après l'avoir ramené dans une bonne position, nous découvrons alors l'ulcération superficielle qui accompagne constamment cette déviation, et que nous ne regardons du reste que comme secondaire.

Plusieurs auteurs attribuent l'antéversion à l'engorgement partiel de l'utérus. En effet, on conçoit que si la partie antérieure du corps est engorgée, le col se porte en arrière. Cependant, observons qu'il n'est pas très-facile de vérifier un engorgement partiel de l'utérus si on le suppose en avant : le toucher vaginal n'indique que très-peu de chose, et il faudrait un engorgement bien considérable pour qu'il pût être constaté à travers les parois, et encore faudrait-il avoir affaire à une personne amaigrie. Quant au col, nous avons vu assez souvent des femmes avoir une antéversion sans qu'il y eût le moindre engorgement. Le coït est peut-être la cause la plus fréquente de cette affection, que l'on observe principalement chez les femmes de petite taille et dont les organes sont le plus ordinairement en disproportion avec ceux des individus avec qui elles sont obligées de cohabiter. Il est assez commun de voir, chez les petites filles de la correction de St-Lazare, à la suite de coït et de masturbation, des péritonites partielles se bornant au petit bassin et déterminant des adhérences qui retiennent la matrice dans une position vicieuse. L'antéversion a souvent lieu, à la suite de grossesse, chez des femmes assez robustes qui ont eu un accouchement laborieux et qui se sont levées trop tôt. Elle est quelquefois la suite du relâchement des ligaments de la matrice dont le corps se porte alors en avant. L'habitude sédentaire des femmes fait qu'elles sont souvent constipées ; les efforts qu'elles font dans la défécation augmentent encore la laxité des ligaments et abaissent davantage cet organe.

Dans l'antéversion, comme dans presque tous les cas d'obliquité de la matrice, nous l'avons trouvée plus abaissée qu'elle n'est normalement. La matrice est quelquefois tellement basse, que nous avons, maintes fois, vu le col en écartant l'entrée du

vagin avec les doigts : c'est surtout dans les cas d'abaissement considérable avec antéversion que les femmes se plaignent d'un sentiment de pesanteur sur le siége, de douleurs vives et de tiraillements dans les aines, les lombes ; elles disent quelquefois qu'il leur semble que les organes contenus dans l'abdomen vont s'échapper par les parties génitales. Quand une femme porte, depuis quelque temps, une antéversion de l'utérus, il est presque impossible qu'il ne se manifeste pas un écoulement muqueux, quelquefois puriforme, en même temps qu'une ulcération s'empare d'une partie du col et tend à l'envahir tout entier. Les douleurs peuvent devenir telles qu'aucune position n'est possible pour la malade, même couchée. Les règles coulent avec difficulté et sont précédées et suivies de douleurs névralgiques du côté de l'utérus ; et si la matrice a acquis une position dans laquelle elle est complètement transversale, alors l'inflammation s'empare de l'organe, et nous l'avons vue se propager jusque dans le péritoine, causer des péritonites qui présentaient une certaine gravité. Les douleurs pour uriner sont vives, elles feraient croire à une cystite ; la malade ne peut uriner que goutte à goutte et en a des envies fréquentes. C'est dans cette circonstance que l'utérus renversé en avant a été pris pour un calcul vésical (Levret) ; mais alors le toucher vaginal suffit pour établir le diagnostic.

Lorsque l'antéversion s'est formée lentement et qu'il n'existe pas de symptômes d'inflammation, le traitement consiste à réduire l'organe et à le maintenir en place. Pour opérer la réduction, nous faisons coucher la femme sur le dos, fléchir les cuisses sur le bassin, la tête sur la poitrine, de manière à relâcher les muscles du bas-ventre, et à l'aide du doigt indicateur de l'une ou de l'autre main, indifféremment, introduit dans le vagin, nous accrochons le col et le ramenons à sa position normale, et l'y maintenons au moyen d'*éponges préparées à la ficelle* (1), de grosseur variable, que nous entourons d'un corps gras, le cérat blanc par exemple, de manière à faciliter l'introduction. Nous les laissons, en général, pendant les premiers jours, vingt-quatre à quarante-huit heures, puis deux ou trois jours sans les renouveler. Faisons remarquer que ces éponges s'imprègnent de l'écoulement utéro-vaginal qui devient d'une fétidité insupportable, malgré les injections ; et cela est cause que l'on est obligé de les remplacer souvent. En même temps, nous prescrivons des injec-

(1) Ces éponges n'ont pas plus de 3 à 4 centimètres de longueur ; le milieu de cette éponge est maintenu par un fil qui sort du vagin et qui est très-utile pour retirer l'éponge, dont l'extraction, sans cette précaution, est difficile et fort douloureuse.

tions astringentes, le décubitus dorsal, les grands bains et quelques frictions résolutives. (Pommade d'iodure de plomb ou d'iodure de potassium.)

Lorsque, au contraire, il existe des symptômes de phlegmasie dans l'utérus, nous pratiquons alors une ou deux saignées variables en quantité, mais toujours proportionnées au tempérament, à la force de l'individu, le plus ordinairement de 125 à 250 grammes. Nous appliquons sur l'hypogastre des fomentations émollientes; nous faisons des injections émollientes, des frictions calmantes sur les aines et l'hypogastre. La malade prend quelques bains; nous pratiquons le cathétérisme, s'il est urgent, et nous redressons ensuite la matrice. On ne doit pas oublier de prescrire l'usage répété de lavements émollients et huileux, ainsi que les boissons laxatives.

Mais lorsqu'il y a des adhérences, comme nous l'avons dit plus haut, entre le péritoine et le corps de la matrice, on conçoit que, dans ce cas, cet accident ne puisse être modifié par l'emploi des moyens mécaniques, même celui des éponges.

Antéversion de l'utérus, compliquée d'ulcération, guérie par l'emploi des éponges préparées à la ficelle.

Obs. XX. — Une dame, mère de trois enfants, âgée de 28 ans, d'une constitution remarquable, éprouva à la suite de sa dernière couche, en 1841, du malaise, de la pesanteur dans le bas-ventre, des douleurs dans les reins et dans les aines. Cette dame, après avoir consulté plusieurs médecins sans éprouver aucun soulagement des divers traitements qu'elle avait subis, eut recours à nos soins, au bout de huit mois de souffrance. Cette malade était arrivée à ce point de douleur de ne pouvoir plus faire quelques pas dans sa chambre sans s'appuyer sur les meubles. Nous constatâmes une antéversion considérable; le col était profondément placé en haut et en arrière, et par conséquent très-difficile à atteindre, tandis que le corps de l'utérus, couché presque transversalement, faisait saillie dans le vagin et déterminait des envies fréquentes d'uriner. Ce col était le siége d'une ulcération superficielle, occupant tout le museau de tanche, que nous supposâmes être causée par la déviation de cet organe.

Ayant appliqué les éponges préparées à la ficelle, comme nous l'avons indiqué plus haut, cette dame, au bout d'une quinzaine de jours, pouvait monter, descendre, et vaquer à ses occupations, ressentant à peine quelques légères douleurs. Deux ou trois cautérisations au moyen du nitrate d'argent ont guéri l'ulcération du col dont nous avions éloigné la cause principale; et ayant

continué l'usage des éponges, aidées des injections et frictions toniques et astringentes, cette dame, que nous avons envoyée aux bains de mer, en est revenue complètement guérie.

De la rétroversion de l'utérus.

Cette maladie se présente assez rarement à Saint-Lazare, ainsi que nous l'avons déjà dit. La rétroversion, l'inverse de l'antéversion, reconnaît à peu près les mêmes causes que cette dernière : relâchement des ligaments ronds et larges, suite de l'accouchement ; l'engorgement de l'utérus ; les efforts pour tousser, pour vomir ; la constipation habituelle et les corps fibreux utérins. Nous noterons, comme causes prédisposantes, la saillie exagérée de l'angle sacro-vertébral, que nous avons eu l'occasion de constater une fois, la courbure trop considérable du sacrum.

Nous ne parlerons ici que de la rétroversion dans l'état de vacuité de l'utérus.

Lorsque la maladie est peu avancée, la femme éprouve une pesanteur incommode dans le bassin, des tiraillements dans les aines et les lombes ; la défécation et l'émission des urines sont difficiles et fréquentes ; l'écoulement du sang menstruel est pénible ; il existe, en outre, un écoulement blanc-jaunâtre, quelquefois sanguinolent. Cette maladie, qui se rapproche beaucoup par les symptômes de celles que nous venons de décrire, devient quelquefois beaucoup plus grave. Ainsi, si dans l'antéversion le col de l'utérus se trouve dans une position horizontale, ici on le voit souvent placé beaucoup plus haut que le corps : dans cette circonstance, on sent le corps de l'utérus faire saillie du côté du rectum à travers les parois du vagin, et le col est tellement élevé qu'il est très-difficile de l'atteindre. En touchant par le rectum, on sent parfaitement le corps qui rétrécit le calibre de l'intestin. Une des causes les plus puissantes pour amener cette déviation à un pareil degré, c'est l'accumulation des matières fécales dans la partie supérieure du rectum. En effet, les fèces, trouvant un obstacle dans l'intestin comprimé par le corps de l'utérus qui vient appuyer sur le sacrum, s'accumulent au-dessus de l'obstacle, et par leur propre poids forcent l'organe à prendre une position de plus en plus vicieuse. Quand la maladie est portée à ce degré, les douleurs dans les aines sont occasionnées par le tiraillement des ligaments, et les malades qui sentent une douleur continuelle sur le rectum se présentent à la selle, mais le rectum ne se vide que par dégorgement. Si les malades veulent prendre un lavement, ordinairement le liquide ne pénètre qu'à une petite distance, le corps de l'utérus s'y opposant.

Les douleurs que produit quelquefois la rétroversion peuvent devenir si violentes et s'irradier si loin du siége du mal, qu'à moins des circonstances qui ont accompagné la maladie et le toucher, on pourrait les attribuer à toute autre cause : on les voit non-seulement s'irradier dans le bassin, les lombes, mais suivre les trajets nerveux des membres inférieurs, et même il n'est pas rare de voir la participation de tout le système nerveux, et des alternatives de syncope et de convulsions se succéder.

Cette maladie, comme nous venons de le voir, est donc grave, et il faut se hâter d'en arrêter les progrès.

La première indication à remplir lorsque les malades éprouvent de violentes douleurs, c'est de chercher à les calmer : les grands bains, les bains de siége faits avec des plantes narcotiques, les potions opiacées, les cataplasmes et les frictions laudanisées sur l'hypogastre, pourront venir en aide au médecin ; mais on devra surtout tenter de replacer, aussitôt que possible, l'utérus dans sa position normale. Il faut quelquefois des efforts pour obtenir cette réduction, et encore, si la matrice n'est pas retenue, elle reprend bien vite sa situation. Ainsi, dès que l'inflammation ou l'irritation est calmée, outre la position couchée, avec les membres inférieurs levés sur le bassin, nous conseillons l'application des éponges ; mais au lieu d'être placées entre le rectum et le col, elles doivent être posées entre ce dernier et la vessie. La lèvre antérieure du col de l'utérus, plus courte que la postérieure, n'est pas toujours capable de maintenir l'éponge ; et si on en met de trop petites, elles ne servent à rien. Les femmes qui en sont affectées peuvent très-facilement, après en avoir acquis l'habitude, placer et ôter elles-mêmes l'éponge ; ce qui est pour elles un grand avantage dont elles ne peuvent profiter dans le cas d'antéversion, l'insertion du col au vagin étant plus haut de ce côté. Mais aussi la guérison de cette déviation est beaucoup plus difficile à obtenir complètement que l'antéversion. La moindre cause occasionne une rechute : nous avons vu des femmes éprouver des symptômes graves plusieurs fois en quelques années ; et si la guérison est complète, ce n'est le plus ordinairement qu'après une grossesse pendant laquelle la malade prend les plus grandes précautions, et aura, à la suite de ses couches, longtemps gardé la position horizontale.

Il est un excellent moyen que nous conseillons toujours et qui contribue puissamment à la guérison de cette maladie : c'est de faire coucher les malades, autant que possible, à plat ventre. Par cette position, le corps de l'utérus exécute un mouvement de bascule d'arrière en avant et tend à reprendre sa position normale.

On a inventé beaucoup de pessaires pour obvier à cette maladie. Les meilleurs consistent en une espèce d'anneau en caoutchouc dans lequel le col peut être introduit, et dont le segment qui repose sur la vessie offre une dimension au moins triple de l'autre ; mais le pessaire, outre la gêne et la compression qu'il exerce sur les organes voisins, a cet inconvénient, que, si le col est engorgé quand on l'applique, ce qui a lieu le plus ordinairement, lorsque l'organe revient à des dimensions normales, le col ne remplissant plus l'intérieur de l'anneau, l'utérus ballotte et tend à reprendre sa position vicieuse : il faudrait, pour que le traitement pût réussir, changer autant de fois de pessaires que le col de l'utérus prend de différentes dimensions, au lieu que dans le procédé dont nous nous servons, quels que soient le volume et la direction du col, l'éponge lui fait une douce résistance qui lui permet de ramener le col au delà même de la direction naturelle, et l'empêche par sa dilatation de reprendre jamais sa position vicieuse.

En résumé, les pessaires, quelles que soient leur forme et leur nature, ne sont, dans les déviations de l'utérus, que des palliatifs fort incommodes entraînant à leur suite de grands inconvénients, et qui n'ont aucun des avantages que possèdent les éponges préparées.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES DE PARIS.

SÉANCE DU 6 OCTOBRE.

Maladie endémique en Algérie. — M. Guyon, chirurgien en chef de l'armée d'Afrique, communique de nouveaux documents sur une maladie endémique des régions tropicales, et plus particulièrement de l'Amérique et de l'Afrique méridionale, dont il a le premier signalé l'existence en Algérie, par des communications faites à l'Académie en 1840 et 1842 ; il s'agit de la maladie connue au Brésil sous le nom de *maculo*, et dont le phénomène principal consiste dans l'expulsion d'une portion plus ou moins considérable de la muqueuse du gros intestin, sous forme d'un tube, et dans une étendue qui va quelquefois jusqu'à 40 centimètres et plus.

La lettre de M. Guyon a principalement pour objet d'établir ses droits à la priorité sur la découverte de ce fait, dont un recueil de médecine militaire, le considérant comme entièrement inédit, vient de publier de nouveaux exemples.

SÉANCE DU 13 OCTOBRE.

Insectes et helminthes de la pomme de terre. — M. Guérin Méneville adresse une note sur les acariens, les myriapodes, les insectes et les helminthes observés jusqu'ici dans les pommes de terre malades.

Les petits animaux qui font le sujet de ce travail appartiennent à quatre grandes divisions zoologiques et font partie de ces êtres si nombreux destinés à concourir avec d'autres forces de la nature à la transformation incessante de la matière.

M. Guérin Méneville pense que la présence de ces animaux n'est que la conséquence de l'altération des pommes de terre, et non sa cause; on ne devra donc pas s'empresser d'attribuer la maladie de ces tubercules à la présence de ces petits êtres.

Parmi les acarides, on a observé deux espèces nouvelles appartenant à deux genres distincts, auxquels l'auteur propose de donner les noms de *glyciphagus feculorum* et de *tyroglyphus feculæ*.

Parmi les *myriapodes*, on a remarqué une petite espèce du genre *iule*, l'*iulus guttulatus*.

Les insectes observés jusqu'ici dans les pommes de terre malades font partie de l'ordre des coléoptères et de celui des diptères. Plusieurs n'ont été trouvés qu'à l'état de larves. La plupart de ces larves ou des insectes parfaits appartiennent aux groupes si nombreux dont les diverses espèces se nourrissent de champignons, de moisisssures et d'autres cryptogames, afin d'en hâter la décomposition.

Les helminthes trouvés dans les pommes de terre malades appartiennent à une nouvelle espèce de *rhabditis*, genre qui comprend les vibrions du blé, de la colle et du vinaigre. Cette espèce se distingue par plusieurs caractères faciles à saisir. L'auteur leur a donné le nom de *rhabditis feculorum*.

SÉANCE DU 20 OCTOBRE.

Composition chimique de la salive du cheval. — M. Magendie lit un travail ayant pour titre : *Etude comparative de la salive parotidienne et de la salive mixte du cheval, sous le rapport de leur composition chimique et de leur action sur les aliments.*

Pour se procurer de la salive parotidienne, on a coupé le canal parotidien avant son entrée dans la bouche; puis, donnant à manger au cheval, on a pu recueillir une assez grande quantité de liquide. Quant à la salive mixte formée de la réunion de tous les liquides versés dans la bouche pendant la digestion, les commissaires l'ont obtenue en faisant manger à un cheval ayant une ouverture à l'œsophage du son lavé à l'eau froide, puis à l'eau bouillante, et enfin à l'eau distillée, et en recueillant ce son imprégné de salive à mesure que le bol alimentaire s'échappait par l'ouverture œsophagienne.

La salive parotidienne chez le cheval est un liquide transparent, incolore, inodore, très-alcalin, et devant cette propriété à la présence d'une grande quantité de bi-carbonate de potasse ; 1,000 parties de cette salive en contiennent 10 à 11 de matière sèche.

Examinée au microscope, la salive parotidienne filtrée ne laisse apercevoir que quelques flocons blancs composés de carbonate de chaux et d'un peu de matière organique.

Le résidu sec est composé de 33 à 35 pour 100 de sels minéraux qui sont du chlorure de potassium et du carbonate de potasse, un peu de phosphate et de carbonate de chaux, et des traces de phosphate et de sulfate alcalins. Les produits organiques sont une matière soluble dans l'alcool, une matière insoluble dans l'alcool et soluble dans l'eau, et qui tient du chlorure de potassium en combinaison (c'est la ptyaline) ; enfin, une substance blanche coagulable par la chaleur, formant le cinquième de la masse solide, et qui est de l'albumine.

Il semblerait que la salive parotidienne ne contient pas de sulfo-cyanure alcalin tout formé, mais que ce composé prendrait naissance sous l'influence de l'altération de la salive.

La salive parotidienne est sans action sur l'empois de fécule, à la température de + 40° et 75°.

La salive mixte est un liquide gris-jaunâtre, qui se trouble facilement ; il est légèrement alcalin et ne contient pas de carbonate, mais une grande quantité de chlorure alcalin. Au microscope, on y a vu une grande quantité de petits globules arrondis transparents. 100 parties de salive mixte en contiennent 10 environ de matière sèche.

Le résidu est composé de 40 % de sels minéraux, qui sont une très-grande quantité de chlorure de potassium, un peu de phosphate et de carbonate de chaux, et aussi du chlorure de magnésium.

Les produits organiques sont une substance soluble dans l'alcool, une substance soluble dans l'eau et insoluble dans l'alcool, et qui diffère de la substance correspondante dans la salive parotidienne; enfin, une substance coagulable par la chaleur, et qui n'est pas entièrement de l'albumine.

Comme la salive provenant de la bouche, la salive mixte du cheval transforme en sucre l'empois de fécule à 40° ; à cette même température, elle a une action lente mais sensible sur la fécule crue et sur l'albumine coagulée.

La salive mixte différant de la salive parotidienne, c'est à tort qu'on a pris celle-ci sur le cheval pour la comparer à la salive recueillie dans la bouche de l'homme, et qu'on a conclu de cette comparaison que leurs salives étaient différentes. Si l'on compare des salives de même origine chez l'homme et chez le cheval, on remarque entre elles une grande analogie.

Le salive n'est pas, comme l'ont dit beaucoup d'auteurs, anhydre, ne servant qu'à mouiller les aliments, mais elle joue un rôle utile dans le premier acte de la digestion.

Organogénie. — M. Coste lit un travail intitulé : *Recherches sur les premières modifications de la matière organique, ou sur la formation des cellules.*

Si l'on étudie les tissus des animaux dans le sein même du germe, dit M. Coste, on peut clairement reconnaître alors que leur trame est en très-grande partie composée, comme celle des végétaux, de cellules d'autant plus faciles à reconnaître que le développement en a moins dissimulé la forme.

Du moment où il était démontré que la cellule constitue la base de tous les tissus organiques, qu'elle en est comme la molécule intégrante, on ne pouvait manquer d'attacher le plus grand prix au mécanisme de sa formation.

M. de Mirbel a le premier recherché comment la cellule procède du cambium et forme ses parois aux dépens de ce mucilage. Par des coupes pratiquées à l'extrémité d'une racine du dattier, il a vu se manifester, au sein de la substance mucilagineuse, une multitude de masses irrégulièrement sphéroïdales, homogènes, résultat évident d'une concentration du mucilage, qui, dans chaque masse condensée, montre déjà les premiers rudiments d'une organisation prochaine. Bientôt, au centre de chaque masse, une cavité se creuse et grandit peu à peu, en refoulant autour d'elle la matière qui lui sert de limite ; et cette matière, ainsi refoulée, amincie en membrane par la dilatation de la cavité centrale, finit par représenter une sphère creuse, qui n'est autre qu'une vésicule.

A cette théorie, M. Coste oppose celle de Schleïden, appliquée par Schwann à l'organisation des animaux, et qui n'est qu'une généralisation de la théorie de Purkinje sur le développement de l'œuf dans l'ovaire. Purkinje, ayant reconnu que la vésicule germinative était, de toutes les parties de l'œuf, celle qui, dès l'origine, avait un développement proportionnel plus considérable, supposa qu'elle était née la première, et la considéra comme un centre autour duquel viennent se déposer successivement le vitellus, puis la membrane vitelline, qui, à son tour, se coagulait à la périphérie du jaune pour compléter l'œuf ovarien. Cet emboîtement successif des parties concentriques ayant paru à Schleïden et à Schwann le moyen le plus simple de concevoir la formation des parois vésiculaires, ces naturalistes en ont constitué une théorie générale du développement de la vésicule.

Sans se prononcer sur ces deux manières d'envisager l'origine de la cellule, M. Coste annonce que, dans une prochaine communication, il présentera son système propre, tel qu'il l'expose dans son cours au Collége de France.

Caractères généraux des mammifères aquatiques. — M. Is. Geoffroy-Saint-Hilaire dépose sur le bureau un mémoire de M. le docteur Pucheran, aide-natutaliste au Muséum, sur les caractères généraux des mammifères aquatiques.

Le premier fait que l'on constate, lorsqu'on examine ces mammifères sous le point de vue de leurs formes générales, c'est la supériorité de taille qui les caractérise. On peut même ajouter que l'accroissement de dimension est chez eux en raison directe de leur séjour dans l'eau. Aucun carnassier terrestre n'approche de la taille du phoque.

Tandis que les membres diminuent chez les mammifères aquatiques, le corps s'allonge, au contraire, de manière à permettre à l'animal de déplacer avec facilité la masse liquide au milieu de laquelle il séjourne.

L'auteur présente d'autres considérations sur le pelage, les ongles, etc., des mammifères aquatiques.

Etiologie du goître. — M. Guyon, chirurgien en chef de l'armée d'Afrique, adresse une note sur les causes du goître. M. Guyon croit que c'est à tort qu'on a rapporté les causes du goître à la basse température, à la crudité des eaux ou à l'humidité de l'atmosphère, comme le prétendait Fodéré. Il pense qu'il n'existe aucune relation entre cette humidité et le goître, cette maladie étant complètement inconnue dans des pays où règne habituellement une grande humidité. Pour lui, les causes jusqu'à présent assignées au goître ne sauraient rendre raison d'un état pathologique aussi répandu, et qui présente partout les mêmes caractères. La cause réelle du goître, suivant M. Guyon, c'est le court séjour du soleil dans les localités où règne cette maladie. Il cite, à l'appui de son opinion, l'observation de Fodéré, qui dit qu'en parcourant les pays où le goître est endémique, on ne le rencontre ni sur les hauteurs, ni dans les plaines largement ouvertes, mais seulement dans les gorges étroites et profondes.

L'auteur cite encore, comme argument en faveur de sa manière de voir, l'existence assez commune des goîtres dans la ville de Lyon, goîtres qui proviendraient uniquement de ce qu'une montagne, qui court du nord au sud, prive cette ville des rayons du soleil levant.

SÉANCE DU 27 OCTOBRE.

Nouvelle méthode pour guérir certains anévrismes sans opération à l'aide de la galvano-puncture. — M. Pétrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, communique sur ce sujet un travail dont voici l'analyse sommaire :

L'auteur montre que ce serait une grande conquête que de pouvoir guérir les anévrismes sans opération sanglante, vu la gravité habituelle, et, analysant les opérations de ligature connues dans la science pour les

principales artères anévrismatiques, il établit qu'on ne compte pas moins d'un mort sur six opérés pour la crurale et la carotide primitive, un quart pour l'iliaque externe, un demi pour l'axillaire et la sous-clavière, enfin les deux tiers pour les branches du tronc brachio-céphalique, etc. On sent donc quel serait le prix d'une thérapeutique plus simple et plus innocente.

« On avait proposé, dit M. Pétrequin, l'application de l'électricité; mais ce projet n'a pas eu de suites, et tout ce qu'on trouve à cet égard dans la science se résume dans les lignes suivantes qu'écrivaient MM. Marjolin et Bérard en 1833 : « On a imaginé de provoquer la coagulation du sang dans le sac à l'aide de l'électricité, qui y serait transmise par des aiguilles plongées dans la tumeur; *cette idée*, qui est due à M. Pravay, n'a point encore, à notre connaissance, été mise à exécution. » (*Dict.* en 25 vol. art. *Anévrisme*, tome III, p. 50.) Pour nous assurer de la chose, nous nous sommes adressé à M. Pravaz lui-même, qui nous a appris qu'en effet « c'était là une vue spéculative, une induction, que lui avaient inspirées ses recherches sur la rage, mais que jamais l'expérience n'en avait été faite pour les anévrismes ni sur les animaux *ni sur l'homme*. Nous pouvions être certain d'ailleurs qu'aucun autre expérimentateur n'avait rien poursuivi sur ce sujet; car il n'est même pas question de ce projet à l'art. *Electricité*, du même *Dict.* (par M. Guérard, 1835, tome XI), non plus qu'à l'art. *Sang*, qui vient récemment de paraître (1844, tome XXVIII), et que l'auteur a mis au niveau de la science. »

M. Pétrequin a expérimenté sur le sang humain au moment où il venait d'être tiré de la veine par une saignée, et il a été conduit à en faire l'application sur l'homme; nous citerons l'observation d'un anévrisme traumatique de l'artère temporale, qu'il a pu guérir en une seule séance par la galvano-puncture : « Le 4 août 1845, le sieur Dasniard, âgé de 19 ans, serrurier à Lyon, fut apporté sans connaissance à l'hôpital : il venait de tomber d'un deuxième étage; il y avait une forte ecchymose de l'œil gauche et une fracture de la mâchoire inférieure sur la ligne médiane. Vers la fin du traitement, il fut pris de la variole, qui parcourut ses périodes régulièrement. Le 9 septembre, je pus m'occuper spécialement d'une petite tumeur de la tempe gauche qui avait fixé mon attention. C'était un anévrisme traumatique de l'artère temporale, du volume d'une amande, d'une consistance molle, et peu sensible à la pression des doigts. La tumeur est sur le trajet de l'artère temporale, qu'on peut suivre jusqu'à son niveau; elle est le siége de battements isochrones à ceux du pouls, qui sont visibles à travers la peau, et qui cessent sous l'influence d'une pression forte au-dessous, pour reparaître dès qu'on enlève le doigt qui comprime. Il n'y avait aucun doute sur la nature du

mal : il était probable que cet anévrisme était dû à la contusion de l'artère, qui eut lieu lors de la chute.

« Le 10 septembre, je fis une séance de galvano-puncture, en présence de plusieurs médecins et d'une foule d'élèves ; je pris deux aiguilles en acier, fines et acérées, et je les enfonçai de manière à les croiser à angle droit dans la tumeur, où elles pénétraient d'environ 2 centimètres. Je fis communiquer leurs têtes avec les pôles d'une pile : au premier contact, il y eut une secousse électrique et une douleur vive, et ces symptômes allèrent en croissant, à mesure que j'augmentais la dose de galvanisme ; leur intensité devint très-grande au quinzième couple, et je suspendis la séance. La durée de l'opération proprement dite, c'est-à-dire de l'action réelle du galvanisme, avait duré dix à douze minutes environ. J'avais changé trois fois la direction des courants galvaniques pendant cet espace de temps.

« Durant la manœuvre, je sentis les pulsations diminuer progressivement ; mais, de crainte de me tromper, je pris soin de faire aussi constater le phénomène par les docteurs Girin et Rambaud, qui assistaient à l'expérience. Le fait était réel : ce ne fut pas sans une profonde satisfaction que je reconnus que les battements avaient entièrement cessé à la fin de la séance. L'anévrisme à pulsations isochrones était remplacé par une tumeur solide et indurée. Le problème était résolu. J'énlevai les épingles, et le pansement consista en compresses d'eau blanche avec des doloirs de bande.

« Le malade, qui avait été ému, se leva et retourna seul à son lit. Deux heures après, il ne souffrait plus, et dans l'après-midi il mangea comme à son ordinaire. (L'observation fut relevée avec soin, jour par jour, par M. Baumers, interne du service.) Il ne survint aucun accident.

« Le 12, nous examinâmes le malade attentivement ; la tumeur n'existait plus ; on n'y sentait pas la moindre pulsation ; l'artère temporale était également oblitérée en dessous, car on n'y trouvait point de battements, tandis qu'ils étaient très-sensibles dans les points de son parcours inférieur à l'anévrisme.

« On l'examina de nouveau tous les jours jusqu'à son départ de l'hôpital, qui eut lieu le 20 septembre. Le noyau qui avait succédé à la tumeur s'était à peu près résorbé ; il ne faisait plus relief à la peau : il n'y avait ni battement ni douleurs. Ce résultat fut également constaté par M. Bouchacourt. La guérison était achevée.

« L'operé vint me voir huit jours plus tard ; la cure ne s'était pas démentie. Cette observation a une haute importance, non-seulement parce qu'elle a été couronnée d'un succès complet, mais encore parce qu'elle renferme la première application qui ait été faite sur l'homme de cette nouvelle méthode. »

La possibilité du fait en lui-même étant démontrée, il est aussi prouvé

que certains anévrismes sont guérissables sans opération, par la seule électro-puncture.

L'auteur insiste sur ce que cette démonstration sur l'homme est plus évidente, plus péremptoire que celle tirée de vivisections sur les animaux. Il relate ensuite deux autres observations d'anévrismes, l'une pour l'artère ophthalmique, l'autre pour la brachiale, où les résultats ont été incomplets; ce qui fait voir que la question ici est complexe, que tout n'est point trouvé quand on a dit qu'il suffit d'appliquer l'électricité aux anévrismes pour en obtenir la guérison. L'auteur a peu à peu complété la règle de la méthode et réalisé les conditions du procédé opératoire, sur lequel il annonce devoir donner de nouveaux détails dans ses *Mélanges de Chirurgie*, qu'il va publier, et où il s'occupe des indications à remplir relativement aux vaisseaux afférents, au sac anévrismatique, aux épingles à acupuncture, et à la dose comme à l'administration du galvanisme, etc.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE PARIS.

SÉANCE DU 7 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE, VICE-PRÉSIDENT.

De la paralysie consécutive à la névralgie. — M. Marchal (de Calvi) lit un mémoire intitulé : *De la paralysie de la troisième paire de nerfs crâniens consécutive à une paralysie de la cinquième.* Ce travail est fondé sur cinq observations dans lesquelles la paralysie du nerf moteur oculaire commun a eu lieu consécutivement à une névralgie. Le sujet de la première observation a présenté un phénomène singulier : une diplopie indépendante d'une déviation du globe oculaire, et qui cessait par la compression du nerf frontal externe vis à vis de l'échancrure susorbitaire. Le second cas, outre le point essentiel, la succession de la paralysie à la névralgie, offre ceci de particulier, que cette dernière était traumatique et liée à une cicatrice adhérente de la région frontale. Le cinquième cas est également un exemple de névralgie traumatique.

Les observations contenues dans ce mémoire révèlent un fait nouveau et remarquable, à savoir, la possibilité de la déviation de l'œil *en dedans*, en même temps que la paupière supérieure tombe ou est tombée : ce qui revient à dire que l'un des filets de la troisième paire peut être surexcité tandis que l'autre est paralysé, de même que, dans un nerf sensible, un rameau peut être douloureux tandis que l'autre est insensible.

M. Marchal (de Calvi) explique la production de la paralysie consécutivement à la névralgie par la transmission réflexe de l'action morbide des rameaux de la cinquième paire ou ganglion ophthalmique, et de celui-ci, par sa racine motrice, à la troisième paire. Il donne cette expli-

cation comme une hypothèse, mais comme une hypothèse extrêmement plausible, et il pense qu'appliquée à tous les ganglions elle rendrait compte d'une foule de phénomènes morbides jusqu'à ce jour impénétrables. Cette explication s'adapte parfaitement au mécanisme des ganglions nerveux : par exemple, le ganglion ophthalmique présiderait aux rapports entre la rétine et l'iris : averti des vicissitudes de la sensibilité dans la première de ces membranes par les filets qu'il lui envoie, il réagirait sur les filets moteurs iriens pour accommoder la pupille au degré de sensibilité de la rétine, et sur le nerf oculo-moteur commun par sa racine motrice. Ce nerf à son tour réglerait en conséquence l'action des trois muscles droits qu'il anime.

SÉANCE DU 14 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Théorie de l'aliénation mentale. — M. Collineau fait en son nom, et au nom de MM. Ferrus et Falret, un rapport sur un mémoire de M. Delasiauve, ayant pour titre : *Considérations théoriques sur l'aliénation mentale.*

Quelle est la nature de la folie ? Telle est la question que M. Delasiauve se propose d'examiner dans ce mémoire. Il fait d'abord observer que le mot *folie* est un terme abstrait qui s'applique à un grand nombre d'affections ou de formes qui bien souvent n'ont de commun entre elles que le trouble ou l'altération de l'intelligence. Aussi, après avoir écarté de la discussion l'idiotie, la démence et le délire des maladies aiguës, qui correspondent à des arrêts de développement ou à des modifications sensibles de l'organe encéphalique, ne s'arrête-t-il qu'aux affections mentales dont les symptômes se manifestent sans paraître influer sur la santé générale, et ne s'accompagnent que de lésions physiques contestables et contestées.

Trois éléments, dit l'auteur, sont nécessaires à l'accomplissement des fonctions en général : des organes, une vie à ces organes, des agents qui donnent l'impulsion aux organes vivants. Qu'un de ces éléments vienne à faillir ou à s'altérer, les fonctions elles-mêmes manquent ou sont troublées dans leur exercice. Il résulte de ceci une conséquence, c'est que le principe des maladies n'est pas toujours le même, et que, si parfois il réside dans les organes, il peut aussi se trouver en dehors d'eux, soit dans les agents qui les stimulent, ou dans ce je ne sais quoi qui fait les organes des parties vivantes. Aussi c'est tantôt dans la matière cérébrale et tantôt en dehors d'elle que doit se rencontrer l'origine des modifications de l'intelligence : absence de stimulants, action nulle ; déviation des stimulants, action vicieuse ; destruction du cerveau, cessation de la fonction ; altération de cet organe, désordre dans son exercice. Comment maintenant, dans chacun de ces faits soumis à notre observa-

tion, déterminer le siége du principe de la maladie? C'est là, selon moi, le point difficultueux, le véritable nœud de la question.

Quant aux dispositions particulières, après avoir reconnu que dans l'ordre purement physique et organique le cerveau ne régit les autres systèmes qu'après avoir reçu le sang qui le nourrit et favorise son exercice, M. Delasiauve fait observer que, dans l'ordre intellectuel et moral, cet organe semble avoir parfois en lui-même la source de son activité, et que, d'un autre côté, il est mis en rapport avec tout l'organisme par les agents nerveux ordinaires, et avec le monde extérieur par des organes sensitifs spéciaux ; que de ces rapports divers résultent des impressions qui le modifient, impressions qu'il élabore et d'où naissent par suite les désirs, la volonté, les passions et les actes ; que, dans ce dernier cas, le cerveau, pour la formation de la pensée, obéit à un ordre d'agents distincts et spéciaux, à des agents moraux, qui se composent d'idées et de souvenirs.

Qu'elle pourrait donc être sur le cerveau, poursuit M. le rapporteur, l'action matérielle de ces agents qui n'ont rien de matériel en eux-mêmes? De quelle manière des idées basées sur la mémoire et qui se manifestent par la joie, la haine ou la colère, peuvent-elles exciter des mouvements dans la substance cérébrale homogène qui, jusqu'à présent, malgré nos investigations les plus subtiles, n'a présenté que des modifications de couleur ou de consistance et des traces fibrillaires inappréciables? S'opère-t-il un ébranlement, un déplacement des molécules cérébrales ? Quel est ce déplacement et quel mobile le produit?

.... L'état des idées, dit plus loin l'auteur, ne change pas d'une manière sensible les conditions physiques de l'organe cérébral ; il en résulte que dans les affections mentales, non-seulement les changements matériels, s'il en existe, peuvent n'être que de simples variations d'arrangement moléculaire, susceptibles d'échapper aux investigations de l'anatomiste, mais encore que ces changements moléculaires ne sont pas absolument indispensables à invoquer.

En résumé, les opinions de M. Delasiauve peuvent être formulées dans les propositions suivantes, savoir : que l'état morbide peut avoir sa cause dans l'organe lui-même, dans ses altérations de texture, dans sa vitalité ou dans les agents qui le font mouvoir, qui déterminent ses fonctions normales, et que, les idées étant le stimulant naturel pour le cerveau, leur exaltation ou leur altération peut troubler primitivement les fonctions de cet organe sans léser sensiblement sa texture, de même que des changements, des modifications, des altérations de tissu ou de vitalité peuvent déterminer des affections mentales par défaut de rapport et d'équilibre, mais toujours avec cette condition, toute d'observation et de pratique, que, dans tous les cas, les états morbides présentent des caractères divers et relatifs aux causes qui les ont fait naître.

La Commission, dit en terminant M. le rapporteur, a cru devoir s'abstenir de toute discussion sur les parties systématiques de ce travail. Elle propose, pour conclusions, le dépôt des mémoires de M. Delasiauve dans les archives, son insertion par extraits dans le Bulletin, et des remercîments à l'auteur. (Adopté.)

SÉANCE DU 21 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Ascite essentielle. — M. Velpeau lit, en son nom et au nom de M. Lacournère, un rapport sur un travail de M. Desjardins, du Hâvre, ayant pour titre : *Observations sur l'ascite sans lésion des viscères ni du système circulatoire.*

Les faits que rapporte M. Desjardins ont été recueillis par lui pendant son séjour dans l'Inde, à titre de chirurgien de la marine. Ils sont au nombre de trois. Dans aucun des trois cas, il ne lui fut possible de trouver la moindre altération organique. Les deux premiers étaient relatifs à deux marins qui, pendant une longue traversée, faite dans de mauvaises conditions hygiéniques, furent pris d'une ascite qui guérit aussitôt qu'ils eurent gagné terre. Le troisième cas fut plus remarquable que les précédents, en ce qu'il s'agit d'un homme qui était affecté d'une ascite considérable depuis quinze ans, sans qu'il accusât aucun symptôme morbide, aucun trouble de la santé, aucune gêne autre que celle qui résultait du volume de son ventre. Il vivait même, au rapport de l'auteur, en véritable épicurien. La ponction fut pratiquée après quinze ans de durée de la maladie; elle donna issue à une grande quantité de liquide (environ quinze litres), et le malade paraissait guéri, lorsqu'il fut pris incidemment d'une pneumonie, à laquelle il succomba. A l'autopsie, M. Desjardins ne trouva dans les viscères abdominaux aucune lésion organique qui pût expliquer l'existence de l'ascite.

Gymnastique. — M. Bouvier lit, au nom de MM. Bégin, Londe et au sien, un rapport fort étendu sur un travail de M. Clias, ayant pour objet la gymnastique populaire.

M. le rapporteur, après avoir exposé dans tous ses détails et dans ses principes théoriques et pratiques la méthode gymnastique de M. Clias, propose les conclusions suivantes :

1° La commission reconnaît l'utilité des exercices gymnastiques en général.

2° La méthode somacétique de M. Clias, supérieure aux autres méthodes par sa simplicité et par ses bons effets, pourrait être appliquée avec de grands avantages dans les écoles primaires.

3° La commission propose qu'il soit adressé copie du rapport à M. le ministre de l'instruction publique. (Adopté.)

SÉANCE DU 28 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Scarificateur nouveau. — M. Laugier fait en son nom et au nom de M. Martin-Solon un rapport très-favorable sur un nouveau scarificateur, présenté par M. le docteur Blatin.

Ce scarificateur a pour but de remplacer le scarificateur allemand, dont les inconvénients sont nombreux. La modification complète de la forme le rend élégant et très-portatif; son poids est réduit à 65 grammes. La simplicité, la solidité de son mécanisme, et la suppression des engrenages, la facilité de le démonter pièce à pièce, pour tout médecin, sans le secours d'aucun outil, et l'adjonction d'une pièce mobile, ou opercule, qui ferme à volonté toutes les ouvertures pouvant donner passage à la poussière, sont des perfectionnements réels.

La longueur des incisions qu'il produit est double au moins, à profondeur égale, de celles qu'on obtient avec les scarificateurs allemands, parce que ses lames ont un rayon plus grand, et parce que la peau, mieux tendue, se trouve déprimée en courbe, à raison de la forme convexe de l'instrument.

La quantité de sang qu'on obtient est beaucoup plus considérable, ce qui résulte des essais comparatifs faits à l'hôpital Beaujon, dans différents services, sous les yeux de la commission.

M. Laugier conclut à ce que des remercîments soient adressés à M. Blatin. Ces conclusions sont adoptées.

MÉLANGES.

18. *Sur les dilutions homœopathiques ;* extrait d'une lettre de M. M... à M. Cap.

(Journal de Pharmacie, septembre 1845.)

Deux brochures, récemment publiées (1), et dont les titres contiennent le mot *vérité*, à propos de l'homœopathie, m'ont inspiré la pensée de soumettre au calcul la partie de ce nouveau système susceptible d'une appréciation mathématique. Quand il s'agit de *vérité*, personne ne doit rester indifférent, et je ne connais, en toute chose, qu'un calcul rigoureux pour en établir la valeur réelle et incontestable.

On sait qu'une *dilution* homœopathique s'obtient en divisant une partie de substance médicamenteuse dans cent parties d'un véhicule inerte, tel que le sucre de lait, la gomme, l'amidon, l'eau distillée, etc. La seconde dilution se prépare en prenant une partie de ce mélange, que l'on étend de cent nouvelles parties de véhicule ; la troisième, en mêlant une partie de la seconde dilution avec cent autres parties de véhicule, et ainsi de suite. Le formulaire de Caspari, rédigé sous la direction de Hahnemann lui-même, précise pour chaque substance active le nombre de dilutions qu'elle doit subir pour devenir propre à un traitement homœopathique. Pour les unes, c'est trois dilutions, pour d'autres, 6, 9, 12, 24, 27, 30 dilutions, mais, pour aucune, moins de 3, ni plus de 30. On s'est quelquefois égayé sur les fractions infinies des médicaments auxquelles on arrivait de cette manière : on a parlé de millionièmes, de cent millionièmes : on a été jusqu'à dire qu'un gramme de sulfate de quinine jeté dans Seine, au pont d'Austerlitz, suffirait pour guérir toute la population de Paris, en cas de fièvre épidémique. Il était bon de donner, une fois pour toutes, à ces allégations une valeur précise, et voici où m'ont conduit mes recherches arithmétiques à ce sujet.

Prenons pour exemple un gramme de suc végétal ou de tout autre spécifique homœopathique, que, pour première *dilution*, on étendra de cent parties d'eau. Notons que ce gramme de liquide médicinal équivaut, en volume, à un centimètre cube, environ un demi-dé à coudre ordinaire. On obtient la seconde dilution en prenant un centimètre cube de ce premier mélange

(1) *L'homœopathie est une vérité*, ou *les faits tels qu'ils sont ;* par le docteur L. V. Malan. Genève, 1844.

L'homœopathie et la vieille médecine, ou *la vérité mise à nu ;* par le docteur Achille Hoffmann. Paris, 1825.

et en l'étendant de 99 centimètres d'eau, ou bien en ajoutant au premier mélange tout entier 99 fois autant de véhicule, de telle manière que le volume primitif de substance active se trouve, à la première dilution, dans la proportion de 1 à 100, et à la seconde, de 1 à 10,000, soit, un centimètre cube à dix litres de véhicule. A la troisième dilution, on a pour formule la proportion de 1 à 1,000,000, c'est-à-dire comme un centimètre cube est à un mètre cube de liquide. C'est une dose de substance active 300 fois moindre que dans la moins chargée des eaux sulfureuses naturelles.

A chaque dilution suivante, la proportion augmente de deux zéros, de telle sorte qu'à la neuvième, l'unité se trouve suivie de dix-huit zéros, soit, un centimètre cube de substance active divisée dans un *milliard* de mètres cubes de liquide.

Si l'on veut se représenter plus facilement ce volume déjà énorme, il suffira de le convertir en un prisme de liquide appréciable, et qui aurait, par exemple,

80,000 mètres ou 20 lieues de longueur,
12,000 mètres ou 3 lieues de largeur,
1,000 mètres de profondeur,

ce qui équivaudrait aux 99 centièmes d'un milliard de mètres cubes. Le lac de Genève a à peu près 20 lieues de longueur, 3 lieues dans sap lus grande largeur, et 300 mètres dans sa partie la plus profonde ; en sorte qu'en estimant le prisme du liquide qui représenterait la neuvième dilution à cinq fois le volume du lac de Genève, on resterait encore fort au-dessous de la réalité.

Si l'on considère cette neuvième dilution comme unité, la dixième sera représentée par un centimètre cube de substance active, divisée dans 500 fois le volume du lac de Genève, c'est-à-dire un peu plus que celui de la mer Adriatique. La onzième équivaudra à deux fois au moins le volume de la Méditerranée, et la douzième à deux fois la surface du globe terrestre, recouverte d'une couche de liquide de 1,000 mètres de profondeur.

A cette douzième dilution, l'unité n'est encore suivie que de 24 zéros, tandis qu'à la trentième on en aurait 60. On peut dire, par conséquent, que la surface de tout notre système planétaire, le soleil compris, recouverte d'une couche de liquide de 1,000 mètres de profondeur, ne suffirait pas pour étendre au degré convenable plein un demi-dé à coudre de substance médicamenteuse destinée à donner des propriétés homœopathiques à cette masse incommensurable de véhicule.

Ces calculs, comme il est facile de le vérifier, sont sérieux et exacts. Telle est *la vérité* relativement à l'une des parties impor-

tantes de ce système. Si l'arithmétique la plus simple peut en démontrer ainsi la valeur réelle, que deviendront ses autres parties, lorsqu'elles seront appréciées suivant les règles rigoureuses de la science et du raisonnement ?

---

19. *Du traitement de la coqueluche.*

(Gazette des Hôpitaux, N° 113.)

Le docteur Berger, de Berlin, a observé, en 1844, une épidémie de coqueluche qui n'est pas nouvelle dans cette ville. Sans entrer dans le détail des considérations statistiques relatives aux symptômes, à l'étiologie, etc., nous nous bornerons à examiner ce qui concerne le traitement, que notre confrère de Berlin divise suivant les périodes de la maladie.

Au début, l'emploi modéré des antiphlogistiques était presque toujours nécessaire ; les laxatifs et les vomitifs répétés, entre autres l'ipécacuana uni au tartre stibié, produisaient d'excellents effets. Dans la période convulsive, l'indication est de combattre l'irritation nerveuse. Parmi les nombreux agents de la période convulsive, l'indication est de combattre l'irritation nerveuse. Parmi les nombreux agents de la médication antispasmodique, le docteur Berger n'en a pas trouvé un seul qui répondît parfaitement à l'indication. L'opium, l'acétate de morphine, la belladone, l'acide hydrocyanique, les hydrocyanates de fer et de zinc ; des médicaments d'inportation plus récente dans la thérapeutique de la coqueluche, tels que la teinture d'assa fœtida à l'intérieur et en lavements, le sedum palustre, le tabac, se montrèrent peu efficaces, et ne purent, en aucun cas, abréger la durée de la maladie, bien qu'ils fussent suivis quelquefois d'un soulagement momentané. Un médicament dont le docteur Berger paraît avoir obtenu les plus grands succès, et qu'il signale à l'attention des praticiens, c'est le nitrate d'argent, qu'il prescrit à la dose d'un seizième et d'un douzième de grain, à prendre trois fois d'abord et puis quatre fois pendant la journée, mais seulement dans les cas où l'état des organes digestifs ou quelque complication grave n'en contre-indiquent pas l'usage. A l'appui de son expérimentation, il rapporte les trois observations suivantes.

Un petit garçon de quatre ans, de constitution délicate, fils d'un pauvre tisserand, fut pris de coqueluche vers la fin de juin. Au huitième jour de la maladie, la toux offrait déjà le caractère spasmodique ; les quintes se répétaient cinq à six fois par jour, et fatiguaient beaucoup le malade. Point de complication d'ailleurs. Après chaque accès, l'enfant redevenait dispos et se sentait de

l'appétit. Il prit du nitrate d'argent à la dose de un seizième ; au bout de huit jours de ce traitement, les quintes avaient diminué d'intensité, et elles avaient disparu entièrement à la troisième semaine, si bien que la maladie se termina en moins d'un mois.

Un petit garçon de sept ans était pris de vomissement à chaque accès de toux. On lui prescrivit d'abord des vomitifs, puis des laxatifs, et lorsque la toux fut devenue caractéristique, le nitrate d'argent à un seizième et à un dixième de grain, quatre fois par jour. Il fut guéri au commencement de la cinquième semaine.

Une petite fille de huit ans, atteinte de coqueluche depuis cinq semaines, avait été traitée par les narcotiques et les sédatifs de toutes sortes, mais sans résultat. Les accès étaient des plus convulsifs. Le nitrate d'argent fut administré à un dixième de grain tout de suite, et puis à un huitième. Le succès fut merveilleux. En même temps que les forces se rétablirent sensiblement, les quintes devinrent de plus en plus rares, et elles avaient disparu au dixième jour de l'usage du médicament, qui fut continué dans ce cas comme dans les deux précédents, mais à dose décroissante. Quelque temps après, cessation de la maladie.

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE 159e VOLUME.

6e SÉRIE, TOME XI. — NOVEMBRE 1845.

ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

Histoire de la syphilis dans l'antiquité; par le docteur *Rosenbaum*. (Traduit de l'allemand; par *J. Santlus*.) 145
De la syphilis et de son traitement; par le docteur *J. H. Thiry*. 172

REVUE DES JOURNAUX ALLEMANDS.

Medicinische Jahrbücher der K. K. OEsterreichischen Staates. (Analyse par le docteur *Biver*.) 183
BIBLIOGRAPHIE. — Notice physico-médicale sur la saison des bains de mer d'Ostende, en 1844; par le docteur *Verhaeghe*. 193
VARIÉTÉS. — Petite excursion médicale. (*Suite et fin*.) 200
Annales de la Société de médecine pratique de la province d'Anvers (établie à Willebroeck). — Concours de 1846. 203

BULLETIN DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Séance publique annuelle du 26 octobre 1845.

Compte-rendu des travaux de l'année 1844-1845; par M. *Sauveur*, secrétaire. 849
Éloge de Dolfyn; par M. *de Mersseman*. 873
Résultats du concours de 1845. 899
Proclamations des membres honoraires. 900
Questions pour les prochains concours. 900
Observations météorologiques faites à l'Observatoire royal de Bruxelles, pendant le mois d'octobre 1845. 905
Table des matières. 906

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

II. HYGIÈNE, DIÉTÉTIQUE, PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

1. Essai sur l'acclimatement des Européens dans les pays chauds; par le docteur *Aubert-Roche*. 1

III. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

2. Nouvelles expériences relatives à la soustraction du liquide cérébro-spinal et aux phénomènes qui résultent de la section des parties molles de la nuque; par M. *Longet*. 12
3. Recherches sur la structure de la membrane muqueuse intestinale; par M. *F. Masselot*. 20

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQUE ET CLINIQUE MÉDICALES.

4. Des perforations intestinales dues à une cause pathologique, et des péritonites, soit générales, soit partielles, auxquelles elles donnent lieu; par *A. Toulmouche*. 32

4bis. Nouvelles recherches sur les bruits des artères, et application de

ces recherches à l'étude de plusieurs maladies; par le docteur *J. H. S. Beau.* 52
5. De l'emphysème vésiculaire et de l'emphysème interlobulaire des poumons; par *E. Bonino.* 65

V. ACCOUCHEMENTS, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

6. Mémoire sur l'angioleucite utérine puerpérale; par M. *Botrel.* 71
7. Des principales causes de danger dans les accouchements; par le docteur *Vial.* 89
8. Traitement des gourmes; par M. *Trousseau.* 92

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

9. De l'autoplastie appliquée au traitement des anus contre nature. — Observation d'anus contre nature. — Guérison; par M. *Jobert* (de Lamballe). 101
10. De l'amputation des membres par suite des plaies d'armes à feu; par M. *Lisfranc.* 110
11. Nouvelles observations sur les luxations des phalanges des doigts entre elles; par M. *Malgaigne.* 121
12. De le méthode opératoire qu'il convient de choisir quand des cicatrices de la cornée compliquent la cataracte; par le docteur *Sichel.* 134
13. Recherches pratiques sur les fistules de la face dans leurs rapports avec les maladies dentaires; recueillies par le docteur *Olivet.* 143
14. Mémoire sur les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus; par M. *Malgaigne.* 151
15. Considérations pratiques sur la lithotritie, avec des observations de ce genre d'opération; par M. le docteur *Payan.* 159

VII. PHRÉNOLOGIE, MALADIES MENTALES.

16. Du cathétérisme de l'œsophage chez les aliénés; difficultés et danger qu'il présente; perforation du pharynx, suivie de mort; introduction de la sonde dans le larynx; injection des aliments dans la trachée; emploi d'une sonde à double mandrin et à obturateur; pour prévenir les accidents; par M. *Baillarger.* 181

IX. MALADIES SYPHILITIQUES.

17. Recherches cliniques, faites à l'hôpital Saint-Lazare (maladies des femmes), sur les ulcérations du col de l'utérus, sur les chancres chroniques des parties génitales, les bubons, l'uréthrite, la vaginite, etc.; par *J. Boys de Loury* et *H. Costilhes.* 187

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie royale des sciences de Paris.

Séances des 6, 13, 20 et 27 octobre.

Maladie endémique en Algérie. 193. — Insectes et helminthes de la pomme de terre. — Composition chimique de la salive du cheval. 194. — Organogénie. 196. — Caractères généraux des mammifères aquatiques. — Etiologie du goître. — Nouvelle méthode pour guérir certains anévrismes sans opération à l'aide de la galvano-puncture. 197.

Académie royale de médecine de Paris.

Séances des 7, 14, 21 et 28 octobre.

De la paralysie consécutive à la névralgie. 200. — Théorie de l'aliénation mentale. 201. — Ascite essentielle. — Gymnastique. 203. — Scarificateur nouveau. 204.

MÉLANGES.

18. Sur les dilutions homœopathiques. 205
19. Du traitement de la coqueluche. 207

TABLE

DES MATIÈRES PAR ORDRE DE JOURNAUX. — 159e VOLUME.

6e SÉRIE, TOME XI. — NOVEMBRE 1845.

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE (octobre 1845).

Aubert-Roche. Essai sur l'acclimatement des Européens dans les pays chauds. 1

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES (septembre 1845).

Longet. Nouvelles expériences relatives à la soustraction du liquide cérébro-spinal et aux phénomènes qui résultent de la section des parties molles de la nuque. 12

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE (mai, juillet, septembre 1845).

Masselot (F.). Recherches sur la structure de la membrane muqueuse intestinale. 20
Beau (J. H. S.). Nouvelles recherches sur les bruits des artères, et application de ces recherches à l'étude de plusieurs maladies. 52
Botrel. Mémoire sur l'angioleucite utérine puerpérale. 71

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE (août septembre, 1845).

Vial. Des principales causes de danger dans les accouchements. 89
Jobert (de Lamballe). De l'autoplastie appliquée au traitement des anus contre nature. — Observation d'anus contre nature. — Guérison. 101
Lisfranc. De l'amputation des membres par suite des plaies d'armes à feu. 110

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (Nos 30, 32, 36, 42 ; 1845).

Toulmouche (A.). Des perforations intestinales dues à une cause pathologique, et des péritonites, soit générales, soit partielles, auxquelles elles donnent lieu. 32
Bonino (E.). De l'emphysème vésiculaire et de l'emphysème interlobulaire des poumons. 65
Baillarger. Du cathétérisme de l'œsophage chez les aliénés ; difficultés et danger qu'il présente ; perforation du pharynx, suivie de mort; introduction de la sonde dans le larynx ; injection des aliments dans la trachée ; emploi d'une sonde à double mandrin et à obturateur pour prévenir les accidents. 181
Boys de Loury (J.) et *Costilhes* (H.). Recherches cliniques, faites à l'hôpital Saint-Lazare (maladies des femmes), sur les ulcérations du col de l'utérus, sur les chancres chroniques des parties génitales, les bubons, l'uréthrite, la vaginite, etc. 187

GAZETTE DES HÔPITAUX (N° 113; 1845).

Du traitement de la coqueluche. 207

JOURNAL DE MÉDECINE DE M. TROUSSEAU (novembre 1845).

Trousseau. Traitement des gourmes. 92

JOURNAL DE CHIRURGIE DE M. MALGAIGNE (juillet, septembre 1845).

Malgaigne. Nouvelles observations sur les luxations des phalanges des doigts entre elles. 121

Sichel. De la méthode opératoire qu'il convient de choisir quand des cicatrices de la cornée compliquent la cataracte. 134

Malgaigne. Mémoire sur les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus. 151

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES (août et septembre 1845).

Payan. Considérations pratiques sur la lithotritie, avec des observations de ce genre d'opération. 159

JOURNAL DE PHARMACIE (septembre 1845).

Sur les dilutions homœopathiques. 205

REVUE MÉDICALE (juin 1845).

Olivet. Recherches pratiques sur les fistules de la face dans leurs rapports avec les maladies dentaires. 143